CENA 3 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) Luty — Marzec 1951 Nr 2 — 3



WYDAWCA POLSKI  CZERWONY KRZYŻ

REDAKTOR. ANNA BIERNACKA

KOMITET REDAKCYJNY ŚCISŁY

Belońska Jadwiga, Biernacka Anna, Blum-Bielicka Luba, dr Domańska Irena, dr Gosiewski Roman, prof. dr Kacprzak Marcin, Łyżwańska Nonna, Rauowa Janina, Suffczyńska Jadwiga.

T R E Ś Ć

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) Luty — Marzec 1951 Nr 2 — 3

W 27 Rocznicę Zgonu Lenina



W dniu 21 stycznia 1951 roku narody Związku Radzieckiego i krajów demokracji ludowej wraz z masami pracującymi całego świata obchodziły 27 rocznicę zgonu Włodzimierza Iljicza Lenina, genialnego teoretyka rewolucji socjalistycznej, założyciela i wodza wielkiej partii bolszewików, organizatora zwycięskiej Rewolucji Październikowej, twórcy Państwa Radzieckiego, nauczyciela i przyjaciela mas pracujących wszystkich krajów.

Lenin umarł, jednakże Jego dzieło istnieć będzie po wsze czasy. Idee Lenina, Jego genialna nauka, Jego wielkie imię — są nieśmiertelne.

IMIĘ Lenina jest sztandarem wszystkich ludzi wierzących w zwycięstwo pokoju i postępu, sztandarem wszystkich narodów walczących o swoje wyzwolenie narodowe i sprawiedliwość społeczną.

Dzieło Lenina jest natchnieniem do walki o lepsze jutro, źródłem siły i drogowskazem dla mas ludowych, proletariatu całego świata. Leninizm jest motorem międzynarodowego ruchu robotniczego, potężnym, ideowym i organizacyjnym orężem partii komunistycznych i robotniczych w walce o pokój, demokrację i socjalizm.

Nie ma ani jednej dziedziny teorii i praktyki walki rewolucyjnej klasy robotniczej, której by Lenin nie wzbogacił nowymi ideami i zasadami. Lenin rozwinął marksizm w nowych warunkach historycznych.

Marksizm-leninizm — według słów towarzysza Stalina — jest nauką o prawach rozwoju przyrody i społeczeństwa, nauką o rewolucji uciskanych i wyzyskiwanych mas, nauką o zwycięstwie socjalizmu we wszystkich krajach, nauką o budownictwie społeczeństwa komunistycznego.

NAJBARDZIEJ przekonywującym świadectwem potęgi idei leninizmu i jej oczywistej słuszności są dzieje Związku Radzieckiego. W wyniku zwycięstwa Wielkiej Socjalistycznej Rewolucji Październikowej, przygotowanej i dokonanej przez partię Lenina - Stalina, ustanowiono w Rosji dyktaturę proletariatu. Po raz pierwszy w dziejach walki społecznej klasy pracujące zdobyły prawdziwą wolność, stworzyły własną organizację państwową, przeobraziły strukturę życia społecznego, tworząc nowy ustrój wolny od wyzysku człowieka przez człowieka — ustrój socjalizmu.

Lenin uczył i wskazywał, że wyzwolenie klasy robotniczej nieodłącznie związane jest z walką narodowo-wyzwoleńczą przeciw imperializmowi. Lenin był orędownikiem praw narodu polskiego do samostanowienia. Oto Jego słowa — „nie może być wolny naród, który uciska inne narody". Zwycięstwo leninizmu w Rosji zadecydowało, że Polska zdobyła niepodległość. Dzięki temu zwycięstwu budujemy dziś w Polsce socjalizm i korzystamy z wszechstronnej pomocy i przebogatych doświadczeń Związku Radzieckiego — naszego wypróbowanego sojusznika.

ZWIĄZEK Radziecki — wielkie dzieło Lenina i Stalina — wskazuje wszystkim narodom świata drogę do pokoju, postępu i socjalizmu. Masy pracujące wszystkich krajów ,wszystkie narody miłujące pokój skupiają się wokół leninizmu, bowiem leninizm — to sztandar bojowy proletariackiego internacjonalizmu, sztandar braterstwa i przyjaźni narodów, sztandar walki o wolność i szczęśliwe życie.

8 Marca
Międzynarodowy Dzień Kobiet

DZIEŃ 8 marca — MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ KOBIET — jest od roku 1910 uroczyście obchodzony przez postępowe organizacje kobiece we wszystkich krajach. Pierwsze obchody z okazji Dnia 8 marca mobilizowały kobiety w krajach kapitalistycznych do walki o równouprawnienie, o ich prawa polityczne, ekonomiczne i społeczne, do walki o poprawę warunków pracy i płacy kobiet.

W tym roku międzynarodowe święto kobiet obchodzić będziemy pod hasłem obrony pokoju, któremu zagraża dziś imperializm amerykański.

WOJNA jest największą klęską, jaka grozi kobiecie i dziecku, i dlatego tegoroczny Dzień 8 marca będzie wielką manifestacją kobiet całego świata przeciwko wojnie, przeciwko nędzy, ruinom i cierpieniom, jakie wojna niesie ze sobą, będzie wielką manifestacją walki o pokój i lepszą przyszłość dziecka.

Obecną sytuację międzynarodową charakteryzuje wzrastająca stale dążność imperializmu amerykańskiego do wywołania nowej wojny. Jednocześnie jednak widzimy ciągły wzrost aktywności mas ludowych i całego świata postępowego — przeciwko wojnie. O agresywnych zamiarach Stanów Zjednoczonych świadczą ogromne budżety wojenne, które w bieżącym roku sięgają sumy 43 miliardów dolarów, nie licząc kwot asygnowanych na produkcję bomb atomowych i gromadzenie materiałów strategicznych.

W swoim pięknym przemówieniu na Kongresie Pokoju w Warszawie, wielki uczony, przewodniczący Światowego Komitetu Obrońców Pokoju, Fryderyk Joliot-Curie mówił jak wiele za te fundusze możnaby zrobić dla dobra całej ludzkości — w walce z gruźlicą, z rakiem, w nawadnianiu krajów pustynnych itd.

CYFRY wskazują jasno w czyim interesie leży wojna: po upływie zaledwie 3 miesięcy od chwili rozpoczęcia amerykańskiej agresji w Korei, zyski 500 największych koncernów amerykańskich, zaangażowanych w produkcji broni, wzrosły o 54% w porównaniu z porzednim kwartałem...

Olbrzymie budżety wojenne i produkcja broni atomowej nie wystarczają Stanom Zjednoczonym dla uzyskania przewagi nad światem. Widać to wyraźnie na przykładzie Korei, niewielkiego kraju, który broni się bohatersko od pierwszej chwili agresji amerykańskiej i zadaje klęski świetnie uzbrojonej armii amerykańskiej. Bo lud koreański walczy o swoją niepodległość i każdy żołnierz ludowej armii koreańskiej na polu bitwy, czuje, że walczy za sprawę *słuszną*. Walczący naród koreański wie, że ma za sobą poparcie wszystkich narodów miłujących wolność i pokój, poparcie ludzi pracy całego świata, którzy nienawidzą agresji i wojny.

I dlatego wysiłki rządu Trumana idą w kierunku uzupełnienia zbrojeń amerykańskich przez ujarzmienie innych państw i narodów, w kierunku szukania wszędzie rezerw ludzkich dla stworzenia armii przeciwko Związkowi Radzieckiemu, Krajom Demokracji Ludowej i wszystkim narodom, walczącym o wolność — przeciwko imperializmowi. Świadczą o tym podróże gen. Eisenhovera po krajach Europy Zachodniej w celu organizowania tzw. armii atlantyckiej, przede wszystkim zaś świadczy o tym zbrojenie Niemiec Zachodnich przy współpracy wypuszczonych z więzień hitlerowców.

Z obawy przed rosnącym oporem narodów przeciwko wojnie i olbrzymim ruchom pokojowym na całym świecie, rząd USA skłonił podporządkowany sobie rząd francuski do wydania zakazu działalności na terenie Francji trzech największych demokratycznych organizacji międzynarodowych, stanowiących wielką armię pokoju — *Światowej Federacji Związków Zawodowych, Światowej Federacji Kobiet i Światowej Federacji Młodzieży.*

OSTATNIE wydarzenia polityczne świadczą nie tylko o wzroście agresji amerykańskiej, ale również o tym, że wojenna polityka Stanów Zjednoczonych napotyka na coraz większy opór mas ludowych na całym świecie. Jesteśmy świadkami wielkiej akcji solidarności z walczącą Koreą we wszystkich krajach. Podróżom gen. Eisenhovera po Europie towarzyszyły wszędzie — we Francji, Włoszech, Belgii i Holandii — demonstracje robotników, studentów i profesorów przeciwko rządowi Trumana i jego wojennej polityce. Hotele, gdzie zatrzymywał się ten wysłannik Trumana, pozostawały stale pod ochroną aut pancernych i tysięcy policjantów.

Przez cały świat przeszła ogromna fala protestów przeciwko uchwałom rządu francuskiego o zakazie działalności na terenie Francji międzynarodowych organizacji demokratycznych.

Sprawa zjednoczenia Niemiec staje się coraz bardziej popularna w całym narodzie niemieckim i w innych państwach. Niemcy Demokratyczne i ich pokojowa polityka odbudowy zyskują uznanie wśród robotników Trizonii. Świadczy o tym kongres w sprawie zjednoczenia Niemiec w Essen, w którym uczestniczyło 1700 delegatów z Niemiec Zachodnich.

W wielu wypadkach nawet bezrobotni w Niemczech Zachodnich odmawiają, wstąpienia do armii niemieckiej, organizowanej przez amerykanów. Wojenna polityka Stanów Zjednoczonych wywołuje nie tylko opór w masach ludowych wszystkich krajów, ale prowadzi także do wielu rozbieżności i przeciwieństw wewnątrz samego bloku państw kapitalistycznych.

Na jednym z ostatnich posiedzeń Organizacji Narodów Zjednoczonych, Indie i Burma głosowały razem z ZSRR i krajami demokracji ludowej przeciwko rezolucji amerykańskiej, skierowanej przeciw Chinom Ludowym, a 9 państw powstrzymało się od głosu. Czołowy dziennikarz amerykański, Lippman, pisze, że „wyniki głosowania są faktyczną klęską Stanów Zjednoczonych w Azji"...

Dzisiejsza sytuacja polityczna wykazuje również jasno, że istotnym obrońcą pokoju jest Związek Radziecki, który od początku powstania Organizacji Narodów Zjednoczonych składa konkretne i rzeczowe propozycje pokojowe. Związek Radziecki żądał zakazu produkcji broni atomowej i zredukowania zbrojeń we wszystkich krajach. Związek Radziecki domaga się zaprzestania agresji amerykańskiej w Korei. Związek Radziecki wysunął propozycje zwołania konferencji 4 wielkich mocarstw dla omówienia sprawy Niemiec oraz innych zagadnień międzynarodowych. Związek Radziecki w pokojowej odbudowie wykorzystuje energię atomową dla celów przemysłowych i gospodarczych, buduje kanały nawadniające pustynie, realizuje wielkie plany budowy komunizmu.

POLSKA tak jak i inne kraje demokracji ludowej, pragnie pokoju i łączy swoje wysiłki obrony pokoju z wysiłkami Związku Radzieckiego i całego wielkiego obozu pokojowego.

Dowodzi tego zarówno nasza polityka zagraniczna, jak i nasza polityka wewnętrzna. W dniu 27 stycznia br. został podpisany we Frankfurcie akt wytyczenia państwowej granicy na Odrze i Nysie między Polską a Niemiecką Republiką Demokratyczną. Uznanie przez Niemcy Demokratyczne naszej granicy Zachodniej stanowi poważną przeszkodę w amerykańskiej strategii wojny i jest jeszcze jednym dowodem zasadniczych przemian w stosunkach polsko-niemieckich. Ustalenie naszych granic zachodnich pociągnęło za sobą likwidację stanu tymczasowości administracji kościelnej na ziemiach zachodnich.

Cały naród polski wypełnia wielkie pokojowe zadania Planu 6-letniego, który zbuduje w Polsce podstawy socjalizmu, a tym samym podstawy naszej potęgi gospodarczej, dobrobytu i sprawiedliwości społecznej.

W walce przeciwko wojnie w pierwszych szeregach stają kobiety całego świata.

W pierwszych dniach lutego odbyła się w Berlinie Sesja Rady Naczelnej Światowej Demokratycznej Federacji Kobiet. Przedstawicielki kobiet z całego świata obradowały nad wprowadzeniem w życia uchwał II Światowego

Kongresu Obrońców Pokoju, nad wzmocnieniem jedności organizacyjnej światowego ruchu kobiet w obronie pokoju oraz nad sprawami dziecka. Obrady były wielką manifestacją jednomyślności kobiet całego świata w walce o pokój przeciwko zbrodniczym planom wojennym Stanów Zjednoczonych. W Sesji brała również udział delegacja Ligi Kobiet. Kobiety polskie są świadomymi obrończyniami pokoju, bo wiedzą najlepiej, jakim nieszczęściem jest wojna, bo chcą w spokoju pracować dla przyszłości swoich dzieci.

W Polsce Ludowej nauka, praca, wszystkie stanowiska i zawody stanęły przed kobietą otworem. Zniknęło straszne widmo bezrobocia i upokorzenia kobiet. Coraz więcej kobiet wchodzi do Rad Narodowych, do władz Związków Zawodowych i Samopomocy Chłopskiej, oraz na stanowiska państwowe. Coraz więcej kobiet uczy się i szkoli zawodowo. Nasze ustawodawstwo socjalne daje kobiecie płatny urlop porodowy, zapewnia coraz lepszą opiekę nad dzieckiem, znosi koszmarne ustawy o dzieciach nieślubnych, ułatwia wypłaty alimentów. 6-letni plan szkolenia kadr zawodowych stwarza wspaniałe perspektywy dla naszych dzieci.

Do walki o pokój i dobrobyt kraju organizuje kobiety polskie wielka organizacja kobieca — Liga Kobiet, licząca dziś już około 2 milionów członkiń.

W pierwszych dniach marca odbył się w Warszawie I Kongres Ligi Kobiet.

W związku z Międzynarodowym Dniem Kobiet oraz I Kongresem Ligi, Liga Kobiet postawiła przed kobietami polskimi następujące zadania:

wzmacnianie solidarności z kobietami wszystkich narodów walczących o pokój, a przede wszystkim z kobietami Związku Radzieckiego, Krajów Demokracji Ludowej. Chin Ludowych, Niemiec Demokratycznych i walczącej Korei;

zwiększenie udziału w pomocy dla bohaterskiego narodu koreańskiego;

zacieśnienie współpracy ze Światową Demokratyczną Federacją Kobiet;

wychowanie dzieci na dobrych obywateli Polski Ludowej;

walka o poziom moralny i dobrą atmosferę w rodzinie;

walka z pozostałościami ustroju kapitalistycznego — z demoralizacją, zdziczeniem i alkoholizem;

sumienne i rzetelne wykonywanie każdej pracy, oraz troska o poziom i kulturę w zakładach pracy;

podnoszenie kwalifikacji zawodowych kobiet;

troska o usprawnienie urządzeń socjalnych — żłobków, przedszkoli, świetlic szkolnych;

podnoszenie poziomu świadomości i kultury wśród kobiet, walka z analfabetyzmem, ciemnotą, przesądami i plotką.

Wypełnienie zadań postawionych przez Ligę Kobiet będzie naszym wielkim wkładem do walki o pokój światowy. Nasz zawód, lekarski czy pielęgniarski, jest powołany do ratowania życia ludzkiego; wojna, która niszczy miliony istnień ludzkich, jest nam szczególnie nienawistna i dlatego każda pracownica służby zdrowia staje w szeregach najbardziej ofiarnych bojowników w sprawie pokoju.

Irena Sztachelska

I KRAJOWY ZJAZD POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA

W dniach 3 i 4 lutego br. odbył się w Warszawie w pięknie udekorowanej sali Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego I Krajowy Zjazd Polskiego Czerwonego Krzyża.

Zjazd ten, poprzedzony wyborami na wszystkich szczeblach organizacyjnych, był momentem przełomowym w działalności Polskiego Czerwonego Krzyża w Polsce Ludowej.



Prezydium Zjazdu.

I Krajowy Zjazd Polskiego Czerwonego Krzyża uchwalił bowiem nowy Statut i Deklarację Ideową Stowarzyszenia, które w oparciu o dotychczasowe doświadczenia określiły właściwą organizację i zadania Polskiego Czerwonego Krzyża, służące sprawie utrwalenia pokoju i sprawie zdrowia mas pracujących Polski Ludowej, budującej socjalizm, oraz dokonał wyboru władz naczelnych Stowarzyszenia: Zarządu Głównego, Głównej Komisji Rewizyjnej i Sądu Organizacyjnego.

W Zjeździe wzięło udział ponad 700 delegatów, przybyłych ze wszystkich stron kraju, oraz liczni przedstawiciele Rządu, Partii, organizacji społecznych i zaproszeni goście.

Na Zjazd przybyli: Wiceminister Obrony Narodowej — gen. **M. Naszkowski,** Minister Zdrowia — dr **J. Sztachelski,** Minister Pracy i Opieki Społecznej — **K. Rusinek,** Wiceminister Zdrowia — dr **B. Kożusznik,** Wiceminister Oświaty — **I. Klimaszewski,** Przewodniczący Stołecznej Rady Narodowej — **J. Albrecht** oraz przedstawiciele: KC PZPR, Centralnej Rady Związków Zawodowych, Związku Samopomocy Chłopskiej, Ligi Kobiet, Ligi Przyjaciół Żołnierza, Związku Młodzieży Polskiej i Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia.

W dwudniowych obradach uczestniczyły również delegacje zagraniczne:

1) RADZIECKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA I CZERWONEGO PÓŁKSIĘŻYCA w osobach dr **Zofii Sperańskiej,** sekretarza generalnego Komitetu Wykonawczego Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca, i **Aleksandra Pawłowa.**

2) CZECHOSŁOWACKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA w osobach **Pauli Koprivovej,** wiceprezesa, i **Józefa Szwarca,** członka Prezydium Czechosłowackiego Czerwonego Krzyża.

3) BUŁGARSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA w osobach **TOMKI RAJDOWSKIEJ,** kierownika Działu Organizacyjnego Bułgarskiego Czerwonego Krzyża.

4) RUMUŃSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA w osobach **Agnety Bojan,** członka Komitetu Wykonawczego, i **Marii Vidrascu,** kierownika Działu Masowego Szkolenia Sanitarnego Rumuńskiego Czerwonego Krzyża.

5) WĘGIERSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA w osobach dr **Floriana Istvana,** zastępcy sekretarza generalnego, i **Ongi Vilma,** instruktora sanitarnego Węgierskiego Czerwonego Krzyża.

OBRADY Zjadu otworzył prezes Zarządu Głównego P.C.K. — dr **Br. Kostkiewicz.**

Po powitaniu przybyłych dr Kostkiewicz podkreślił przełomowe znaczenie Zjazdu dla działalności Polskiego Czerwonego Krzyża, który wytyczy drogi rozwoju prac organizacji na

okres Planu 6-letniego i uchwali nowy Statut Stowarzyszenia, dostosowany do obecnych potrzeb.

„Zjazd ten — stwierdził również dr Kostkiewicz — jest równocześnie najlepszą okazją do dalszego zacieśnienia więzów przyjaźni i współpracy z Radzieckim Czerwonym Krzyżem i Czerwonymi Krzyżami państw demokracji ludowej, a tym samym do wzmocnienia sił obozu pokoju i postępu“.

Na zakończenie dr Kostkiewicz, jako prezes ustępującego Zarządu Głównego P.C.K., powołanego z nominacji, pożegnał kolegów pracy i złożył życzenia owocnej pracy Zarządowi Głównemu, który zostanie wybrany na Krajowym Zjeździe.

Na przewodniczącego obrad wybrano dr **J. Rutkiewicza,** dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia.

Przewodniczący zaprosił do Prezydium Zjazdu gen. M. Naszkowskiego, ministra J. Sztachelskiego, ministra K. Rusinka, wiceministrów B. Kożusznika i I. Klimaszewskiego, przewodniczącego S.R.N. — J. Albrechta, przedstawiciela KC PZPR — dr L. Przysuskiego, przedstawiciela CRZZ — dr A. Fiderkiewicza, szefa Departamentu Służby Zdrowia M.O.N., członków delegacji zagranicznych, przodowników pracy i zasłużonych aktywistów P.C.K.

PIERWSZY powitał Zjazd w imieniu Rządu i Wojska Polskiego Wiceminister Obrony Narodowej — gen. **Marian Naszkowski.**

Wejściu na trybunę gen. Naszkowskiego towarzyszą oklaski i okrzyki na cześć Ludowego Wojska Polskiego.

Gen. Naszkowski stwierdził na wstępie, że Rząd Polski Ludowej odnosi się z pełnym zrozumieniem do zadań i planów, jakie nakreśla sobie Polski Czerwony Krzyż.

„Zadania, które stawia sobie wasza organizacja — powiedział gen. Naszkowski — są głęboko ludzkie, humanitarne, służą bowiem szczęściu ludu pracującego, podniesieniu dobrobytu najszerszych mas i wiążą się ściśle z naczelnym zadaniem, jakie wysunęła przed polską klasą robotniczą, przed całym narodem, przodująca część narodu — Polska Zjednoczona Partia Robotnicza — zadaniem realizacji planu 6-letniego, planu budowy podstaw socjalizmu w Polsce (oklaski).

Związek tych zadań jest oczywisty i prosty. Szeroki rozwój oświaty sanitarnej, podnoszenie kultury sanitarnej miast i wsi, zwalczanie chorób społecznych w szczególności alkoholizmu — tego ponurego spadku po kapitaliźmie, przygotowanie kadr sanitarnych w fabrykach i na wsi — wszystko to wzmacnia nasz potencjał gospodarczy, pomnaża energię i siły żywotne naszej klasy robotniczej, pozwala szybciej i skuteczniej zrealizować nasz wspaniały plan 6-letni. Tym samym działalność wasza — Obywatele — służy sprawie obronności naszego kraju“.

Mówca, charakteryzując następnie sytuację międzynarodową, zwraca uwagę na szaleńcze plany imperializmu amerykańskiego, usiłującego rozpętać nową pożogę wojenną, i zdecydowaną wolę walki o pokój obozu obrońców pokoju ze Związkiem Radzieckim na czele.

Kończy tymi słowami:

„Święta sprawa walki o pokój, sprawa naszego pokojowego budownictwa, sprawa wolności naszej ziemi ojczystej, sprawa szczęścia naszych dzieci wymaga od nas nieustannego, niestrudzonego wysiłku. Im szybciej, im wydatniej realizować będziemy nasze plany gospodarcze, plany potężnego uprzemysłowienia Polski, tym skuteczniejszy będzie nasz wkład do sprawy pokoju.

Walcząc zatem o zdrowie naszego robotnika i chłopa, o zdrowie naszej wspaniałej młodzieży, walczycie obywatele o pokój, o szczęśliwą przyszłość, o bezpieczeństwo naszej ludowej ojczyzny. Szkoląc zaś masowo kadry sanitarne, wzmacniacie obronność kraju na wypadek wrażej agresji.

Wiemy zaś jaką ogromną rolę w zapewnieniu zwycięstwa Armii Radzieckiej nad hitleryzmem odegrało zaplecze Związku Radzieckiego, pomoc całego społeczeństwa dla frontu, bohaterska postawa tysięcy radzieckich sanitariuszek na froncie.

Wasza praca nad podniesieniem zdrowotności społeczeństwa przyczynia się również do zwiększenia tężyzny fizycznej naszego młodego żołnierza, który szkoli się intensywnie na niezłomnego obrońcę ojczyzny. Nasze Ludowe Wojsko Polskie, które w latach wojny z hitleryzmem przeszło wspaniały szlak bojowy u boku Armii Radzieckiej od Lenino do Berlina, stoi dziś u boku tej bohaterskiej Armii wespół z armiami wszystkich wyzwolonych narodów na straży pokoju. Armia nasza strzeże nienaruszalnej granicy pokoju na Odrze i Nysie przed zakusami imperialistów amerykańskich i ich zachodnioniemieckich pachołków.

Pozdrawiam Was Obywatele szermierze potężnej społecznej organizacji zdrowia w imieniu naszego Wojska, w imieniu naszego bohaterskiego dowódcy Marszałka Rokossowskiego“.

Schodzącemu z trybuny gen. Naszkowskiemu zebrani zgotowali długotrwałą, serdeczną owację na cześć Ludowego Wojska Polskiego i jego bohaterskiego dowódcy — Marszałka Rokossowskiego.

NASTĘPNIE przemówił do zebranych Minister Zdrowia — dr **J. Sztachelski.**

„Olbrzymi rozmach budownictwa — powiedział minister Sztachelski — ambitne zadania Planu 6-letniego stawiają przed nami coraz większe i trudniejsze zadania; musimy poprawić siły zdrowotne naszego kraju, a przede wszystkim zabezpieczyć i otoczyć opieką sanitarną wieś. Musimy w całym kraju stale i nieustępliwie podnosić poziom kultury sanitarnej.

Do przeszłości należy okres, kiedy usługi na odcinku zabezpieczenia zdrowotności udzielane były uprzywilejowanej garstce obywateli kraju.

Dziś opieką sanitarną muszą być objęte szerokie masy. I zagadnienie to musi być przeprowadzone do końca. Muszą być zlikwidowane klęski społeczne, jak umieralność niemowląt, gruźlica i choroby weneryczne. Jest nie do pomyślenia, aby te zadania mogły być przeprowadzone wyłącznie przez siły zgrupowane w Służbie Zdrowia i PCK. Tu musi być zmobilizowane całe społeczeństwo.

Służba Zdrowia w wykonaniu swych zadań musi oprzeć się na masach w myśl tego co powiedział Stalin, że „Zdrowie ludu jest sprawą i dziełem samego ludu".

PCK daje Służbie Zdrowia siłę społecznego oddziaływania.

Nie ma odrębnych spraw Służby Zdrowia i Polskiego Czerwonego Krzyża. Tu elementy stanowią jedną nierozerwalną całość".

Z kolei zabrał głos przedstawiciel Centralnej Rady Związków Zawodowych, a zarazem przewodniczący Zarządu Głównego ZZPSZ — dr **A. Fiderkiewicz.**

Mówca podkreślił, że Plan 6-letni wymaga wzmożenia wysiłku Polskiego Czerwonego Krzyża w walce o zdrowie mas pracujących.

Polski Czerwony Krzyż powinien tak pracować, by mógł nadążyć z biegiem i postępem naszego przemysłu w Planie 6-letnim.

W imieniu Ligi Przyjaciół Żołnierza, Ligi Lotniczej i Ligi Morskiej powitał Zjazd ob. **F. Świetlik,** sekretarz Zarządu Głównego Ligi Przyjaciół Żołnierza.

U podstaw ideologicznych i społecznych Polskiego Czerwonego Krzyża — stwierdził ob. Świetlik — leżą te same zasady, którymi kierują się w swej pracy Ligi Przyjaciół Żołnierza, Liga Lotnicza i Liga Morska.

„Wspólnym naszym dążeniem — powiedział ob. Świetlik — jest wzmocnienie sił naszej Ojczyzny Ludowej, wzmocnienie bezpieczeństwa i niepodległości naszego Kraju. Służenie obronności naszej Ojczyzny jest naszym zasadniczym celem".

„Liga Przyjaciół Żołnierza, Liga Lotnicza i Liga Morska — zakończył swe przemówienie ob. Świetlik — realizując swoje zadania, przyczyniając się do podniesienia potencjału obronności kraju, współdziałać będzie ściśle z Polskim Czerwonym Krzyżem. Ścisła współpraca i współdziałanie naszych organizacji jeszcze bardziej wzmocni siły walki w naszym kraju przeciw podżegaczom wojennym. Przez ścisłą współpracę budzić będziemy ofiarność mas pracujących miast i wsi, ich aktywność w twórczym dziele wzmacniania obronności naszego państwa ludowego, a tym samym wzmacniania bohaterskiego frontu pokoju na całym świecie.

Wspólnymi siłami wzmocnimy naszą obronność — wywalczymy pokój".

NIEBYWAŁY entuzjazm zebranych wzbudziło wejście na mównicę dr **Zofii Sperańskiej,** przewodniczącej delegacji Radzieckiego Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca, która w serdecznych słowach powitała Zjazd i przekazała Zjazdowi uczucia głębokiej sympatii i szczerej przyjaźni w imieniu całego Czerwonego Krzyża Związku Radzieckiego.



Delegacja Radziecka, druga z lewej dr Sperańska, obok ob. A. Pawłow.

„Radziecki Czerwony Krzyż — tymi słowy rozpoczęła swe przemówienie dr Sperańska — z dużą uwagą obserwuje rozwój działalności Polskiego Czerwonego Krzyża, a otrzymując od Was systematycznie pisma, informacje i listy, z radością dowiaduje się o znacznych postępach waszych prac w różnych dziedzinach.

Ze szczególną radością przyjęliśmy osiągnięcia Polskiego Czerwonego Krzyża Polski Ludowej, z jakimi przystąpił on do swego pierwszego Zjazdu Krajowego.

Dziękuję w imieniu delegacji Radzieckiego Czerwonego Krzyża i Półksiężyca za zaproszenie nas do wzięcia udziału w obradach tego Zjazdu i korzystam z tej sposobności, aby zapoznać Was

z działalnością Radzieckiego Czerwonego Krzyża i Półksiężyca.

Radzieckie Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża i Półksiężyca jest masową organizacją społeczną ludzi pracy, która jednoczy w swych szeregach ponad 15 milionów członków.

Do podstawowych zadań Radzieckiego Czerwonego Krzyża należy:

1. Wciąganie szerokich mas pracujących do pracy nad podniesieniem poziomu sanitarnego,
2. Okazywanie pomocy ofiarom wojny i klęsk żywiołowych,
3. Udział Radzieckiego Czerwonego Krzyża i Półksiężyca wraz z Czerwonymi Krzyżami innych krajów w walce o trwały pokój między narodami.

Pracę swą Radziecki Czerwony Krzyż opiera na podstawowych organizacjach terenowych, istniejących w różnych zakładach pracy, instytucjach, kołchozach, sowchozach, stacjach maszynowo-traktorowych (M.T.S.), w blokach domów mieszkalnych, szkołach itp.

Podstawowa organizacja terenowa wciąga szerokie masy ludności do szeregów Stowarzyszenia, a zarazem dopomaga im w zdobywaniu wiedzy sanitarnej, rozszerzanej następnie i pogłębianej na specjalnych kursach. Uczestnicy tych kursów uczą się zasad ratownictwa, oraz zasad udzielania pomocy indywidualnej w różnych wypadkach.

Działalność tych podstawowych organizacji Czerwonego Krzyża wypełniona jest bogatą treścią. W skład ich aktywu społecznego wchodzą przedstawiciele wszystkich warstw społeczeństwa radzieckiego. Aktywiści Czerwonego Krzyża i Półksiężyca czas wolny od pracy poświęcają na wykonanie zadań, jakie Radziecki Czerwony Krzyż realizuje w swej codziennej działalności.

Z odpowiednio przeszkolonego aktywu sanitarnego rekrutują się członkowie posterunków sanitarnych, drużyn sanitarnych i społeczno-sanitarnych grup oświaty sanitarnej itp.

Omówieniu zadań, jakie spełniają posterunki sanitarne i drużyny sanitarne Radzieckiego Czerwonego Krzyża w każdej dziedzinie życia zbiorowego, szczególnie w zakładach pracy, dr Sperańska poświęciła specjalnie dużo czasu.

„Jednym z ważniejszych odcinków działalności Radzieckiego Czerwonego Krzyża — powiedziała następnie dr Sperańska — jest organizowanie kadr krwiodawców, wśród których Radziecki Czerwony Krzyż rozwija specjalną akcję propagandową. Około 20 tysięcy krwiodawców spośród zwerbowanych przez Radziecki Czerwony Krzyż posiada najwyższą nagrodę Stowarzyszenia Radzieckich Krwiodawców — odznakę „Zasłużonego krwiodawcy".

Przemówienie swe dr Sperańska kończy tymi słowami:

„Radziecki Czerwony Krzyż i Półksiężyc bierze aktywny udział we wszystkich międzynarodowych posiedzeniach Czerwonego Krzyża i demaskuje antyhumanitarną działalność filantropów burżuazyjnych. Delegaci radzieccy w swych wystąpieniach energicznie bronią podstawowego zadania Czerwonego Krzyża — utrzymania pokoju.

Jednakże propozycje Radzieckiego Czerwonego Krzyża i Półksiężyca natrafiają zawsze na gwałtowny sprzeciw zarówno ze strony Ligi Czerwonych Krzyży, jak i poszczególnych narodowych Czerwonych Krzyży krajów kapitalistycznych. Tym sprzeciwem i Liga i narodowe Stowarzyszenia Czerwonego Krzyża tych krajów demaskują siebie jako stronników agresywnej polityki imperializmu.



Członkowie delegacji Czechosłowackiego i Bułgarskiego Czerwonego Krzyża.

Radziecki Czerwony Krzyż przy poparciu Czerwonych Krzyży krajów demokracji ludowej dąży i będzie dążył do wciągnięcia międzynarodowych ośrodków czerwonokrzyskich i narodowych stowarzyszeń C.K. do walki o pokój — przeciwko podżegaczom wojennym.

Radziecki Czerwony Krzyż pogłębia łączność i współpracę z Czerwonymi Krzyżami krajów demokracji ludowej, wymieniając z nimi swe doświadczenia w pracy i okazując niektórym z nich swą pomoc.

Na zakończenie niech mi wolno będzie podkreślić, że Radziecki Czerwony Krzyż i Półksiężyc nadal będzie pogłębiać przyjaźń i nadal rozwijać współpracę z Czerwonym Krzyżem przyjaznej nam Polski Ludowej.

Podstawą dla tej współpracy w naszej wspólnej humanitarnej działalności będzie niezniszczalna przyjaźń narodów polskiego i radzieckiego.

Niech żyje pokój między narodami!

Niech żyje Prezydent Polski Ludowej — Towarzysz Bolesław Bierut!

Niech żyje Wielki Bojownik sprawy pokoju między wszystkimi narodami — nasz kochany Towarzysz Stalin!".

Okrzyk, który wznosi na końcu dr Sperańska, podchwycony przez zebranych, przeistacza się w długo niemilknącą owację.

NASTĘPNYMI mówczyniami, serdecznie witanymi przez Zjazd, były: przedstawicielka Czechosłowackiego Czerwonego Krzyża — **Pavla Koprivova** i przedstawicielka Bułgarskiego Czerwonego Krzyża — **Tomka Rajdowska.**

Poza przekazaniem Zjazdowi serdecznych pozdrowień w imieniu bratnich Czerwonych Krzyży, mówczynie zapoznały zebranych z działalnością reprezentowanych przez nie Czerwonych Krzyży na odcinku walki o pokój i walki o zdrowie narodu.

Zjazd następnie uchwalił wysłanie depeszy do Prezydenta R.P. BOLESŁAWA BIERUTA, Premiera JÓZEFA CYRANKIEWICZA i Marszałka Polski KONSTANTEGO ROKOSSOWSKIEGO.

W dalszym ciągu obrad przewodniczący Zjazdu odczytał tekst depeszy, przysłanej na Zjazd przez Chiński Czerwony Krzyż o treści następującej: „Życzymy najserdeczniej powodzenia w pracy Zjazdu i w dalszej Waszej działalności dla dobra Narodu Polskiego. Życzymy Wam pełnego zwycięstwa w obronie światowego pokoju, o który wspólnie walczymy dla dobra ludzkości". Depeszę podpisał prezes Chińskiego Czerwonego Krzyża — Li-Teh-Chuan.



Sala obrad podczas otwarcia.

Z kolei dr Irena Domańska, wiceprezes Zarządu Głównego P.C.K. wygłosiła referat ideologiczny, w którym scharakteryzowała nowe oblicze ideologiczne Polskiego Czerwonego Krzyża i jego zadania.

Po omówieniu zdobyczy i perspektyw rozwoju naszego państwa ,z którymi ściśle są związane zadania organizacji społecznych, dr Domańska tak określiła zadania Polskiego Czerwonego Krzyża:

„Polski Czerwony Krzyż, masowa, demokratyczna organizacja, społeczne ramię służby zdrowia, dąży do realizowania hasła socjalistycznej służby zdrowia „Zdrowie ludu — sprawą i dziełem samego ludu".

Zadania Polskiego Czerwonego Krzyża są następujące:

1) Szerzenie oświaty sanitarnej i propagandy zdrowia,
2) masowe szkolenie sanitarne szerokich rzesz społeczeństwa — szczególnie młodzieży i mas pracujących,
3) szkolenie pomocniczych kadr służby zdrowia".

W zakończeniu swego obszernego referatu dr Domańska tak scharakteryzowała nowe oblicze ideologiczne i o tak ugruntowaną ideologię działalność Polskiego Czerwonego Krzyża:

„Polski Czerwony Krzyż przedwojenny, który szczycił się apolitycznością i humanitaryzmem opartym na filantropii, któremu obojętne były wszelkie ruchy postępowe, nurtujące w polskim społeczeństwie, którego działalność nie była oparta na pracy szerokich mas ludowych, lecz na dobroczynnej działalności nielicznej garstki burżuazji — nie był organizacją masową, związaną z ludem, a uprawiając filantropię, przez którą maskował krzywdę społeczną, wynikającą z ustroju, służył polskiej burżuazji i przyczyniał się do realizacji polityki faszystowsko-sanacyjnej.

Polski Czerwony Krzyż w Polsce Ludowej inaczej rozumie humanitaryzm, wiążąc walkę o zdrowie człowieka pracy z walką o zbudowanie socjalizmu w naszym kraju, z miłością Ojczyzny i z walką o pokój, realizuje prawdziwe ideały humanitarne, jakimi są walka o szczęście i zdrowie człowieka, walka z niesprawiedliwością społeczną, walka o pokojową współpracę między narodami.

Socjalizm i humanitaryzm są pojęciami, które nie dają się rozdzielić, które są ściśle z sobą złączone i wzajemnie uwarunkowane.

Socjalistyczny humanitaryzm jest to idea, która broni masy pracujące, stanowiące większość ludzkości, przed przemocą garstki wyzyskiwaczy. Socjalistyczny humanitaryzm jest to idea, która walczy o godność człowieka pracy, która głosi braterską współpracę między ludźmi, obowiązek pomocy towarzyszowi w nauce, w pracy, w nieszczęściu i chorobie, która głosi prawo wszystkich ludzi pracy do nauki, odpoczynku i zdrowia, która głosi obowiązek pracy każdego

człowieka dla dobra wszystkich, dostrzega wielkość w codziennym trudzie zwykłego człowieka i czyni sprawą honoru codzienną pracę ludzką.

Realizacja w pełni tych idei jest możliwa tylko w ustroju socjalistycznym, w którym władza spoczywa w rękach ludu, w którym człowiek pracy i sama praca stanowi największą wartość.

Ustrój socjalistyczny, w którym największą wartością jest człowiek, sprawia, że obok fabryk, kopalń, czy hut, buduje się piękne, wygodne, słoneczne mieszkania, urządza się biblioteki, świetlice i szkoły, zakłada się szpitale, przychodnie i żłobki, elektryfikuje się wieś, walczy z analfabetyzmem i ciemnotą.

Humanitaryzm socjalistyczny nie uznaje upokarzającej filantropii. W krajach socjalistycznych zagadnienie opieki nad człowiekiem stawiane jest w zupełnie innej płaszczyźnie. Zasadą tej opieki jest nie pomoc indywidualna, ale wyodrębnienie grup ludności, które z powodu ciężkiej choroby, kalectwa lub starości, same utrzymać się nie mogą i zapewnienie im z dochodu narodowego odpowiednich środków egzystencji oraz tam wszędzie, gdzie jest to możliwe, przeprowadzenie przeszkolenia zawodowego, celem przywrócenia im pełnej wartości społecznej.

Humanitaryzm socjalistyczny głosi pokojową współpracę między narodami, potępia jednocześnie wszystkie wojny imperialistyczne i wskazuje realne warunki utrzymania pokoju.

Humanitaryzm socjalistyczny jest ideą, z której masy pracujące czerpią natchnienie do twórczej pracy, jest potężną dźwignią rozwoju i postępu, do niego przyłączają się żywiołowo masy ludowe całego świata, walcząc o szczęście ludzi pracy i pokój między narodami.

W myśl zasad tak pojętego humanitaryzmu P.C.K., włączając swój wysiłek do budownictwa socjalizmu w naszym kraju, przełamywać musiał w czasie kilku lat po wyzwoleniu tradycje przedwojennego P.C.K., zwalczać metody pracy opartej na filantropii i idei rzekomej apolityczności.

W myśl tych zasad na terenie międzynarodowym, na konferencjach Ligi Stowarzyszeń Czerwonych Krzyży, wspólnie z Czerwonym Krzyżem Związku Radzieckiego i krajów demokracji ludowej, P.C.K. walczy o wykonanie zadań statutowych Ligi w akcji na rzecz pokoju.

W myśl tych zasad — ustalając swą ideologię, program działalności i metody działania — P.C.K. sięgnął do szerokich mas ludzi pracy, do dobrowolnej współpracy członków, mobilizując ich do wykonania konkretnych zadań, w celu podniesienia stanu zdrowotności w naszym kraju.

Rosnące ciągle zainteresowanie w społeczeństwie działalnością P.C.K., rosnące stale masy członkowskie, rosnąca ilość kół i przeszkolonych członków, rosnące kadry ofiarnych i oddanych aktywistów, rosnące coraz to bardziej plany pracy i wykonanie rzetelne zobowiązań, coraz szerszy i większy udział członków i Kół P.C.K. w akcjach ogólnonarodowych, jak: walka o pokój lub akcje solidarnościowe na rzecz narodów walczących o swą niepodległość — wskazuje, że droga obrana przez P.C.K. jest słuszna.

P.C.K. będzie jeszcze bardziej wzmacniać swą prężność organizacyjną, starać się pozyskać jak największą ilość członków, jeszcze bardziej dbać o jakość pracy w kołach, o masowe rozwinięcie swych planów pracy i programów, oraz o lepsze i oszczędniejsze wykonywanie swych konkretnych zadań na odcinku służby zdrowia.

P.C.K. dołoży wszystkich starań by wychowywać swych członków w gorącej miłości Ojczyzny, pogłębiać uczucia wzajemnej solidarności ludzi pracy i poszanowanie praw innych narodów.

P.C.K. czerpać będzie jeszcze bardziej z bogatych doświadczeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca ZSRR oraz zwiększy z nim braterską współpracę, jak również z Czerwonymi Krzyżami demokracji ludowych.

P.C.K. zwiększy i zacieśni swą współpracę z Komitetami Obrońców Pokoju i ze wszystkimi stowarzyszeniami, które walczą o pokój.

W walce o zdrowie narodu, w stałym podnoszeniu kultury i dobrobytu mas pracujących, w stałym podnoszeniu godności człowieka, Polski



Ratownicy zdrowia ze Śląska i przodownicy zdrowia z Wiejskiej Spółdzielni Produkcyjnej.

Czerwony Krzyż widzi swą treść ideologiczną, swój program działalności i swój wkład w ogólnonarodową walkę o pokój".

SPRAWOZDANIE z dotychczasowej działalności Polskiego Czerwonego Krzyża złożył ob. Roman Bliźniewski, sekretarz generalny Zarządu Głównego P.C.K.

Ze sprawozdania wynikło, że dotychczasową działalność Polskiego Czerwonego Krzyża w Polsce Ludowej można podzielić na dwa zasadnicze okresy.

Okres pierwszy rozpoczął się w 1945 roku, a zakończył się na przełomie lat 1948 i 1949.

W okresie tym Polski Czerwony Krzyż rozwijał swą działalność raczej jako instytucja usługowa, a nie jako organizacja społeczna. Działalność Polskiego Czerwonego Krzyża była w owym czasie doraźną i często bezplanową. Poważnie zaciążyły na niej złe tradycje (wielkopańska filantropia i rzekoma apolityczność) PCK, działającego w okresie międzywojennym — w Polsce obszarniczo-kapitalistycznej.

Okres drugi, rozpoczynający się w r. 1949, to okres, w którym Polski Czerwony Krzyż, korzystając z bogatych doświadczeń Radzieckiego Czerwonego Krzyża w porozumieniu z czynnikami państwowymi ustalił swoje właściwe kierunki i zakres działalności. W okresie tym Polski Czerwony Krzyż wkroczył na drogę planowej pracy, współdziałając ze Służbą Zdrowia Polski Ludowej w walce o zdrowie mas pracujących. Wychodząc z założeń humanitaryzmu socjalistycznego, Polski Czerwony Krzyż wysunął na czoło swych zadań walkę o pokój.

W dokładnym omówieniu działalności Polskiego Czerwonego Krzyża w obu tych okresach zostały podkreślone strony pozytywne i błędy, jakie nieodłącznie towarzyszyły poszczególnym akcjom.

Akcjom, prowadzonym przez Polski Czerwony Krzyż brak było słusznego klasowego podejścia, zwłaszcza przy udzielaniu wszelkiego rodzaju pomocy. Akcje te były oparte na złych przedwojennych tradycjach P.C.K., których nosicielami byli w przeważającej mierze przedwojenni działacze P.C.K. i po wojnie pracujący w Polskim Czerwonym Krzyżu.

W pierwszych latach powojennych nie zwrócono dostatecznej uwagi na dobór ze środowisk robotniczych i chłopskich kandydatek do szkół pielęgniarskich, do szeregów aktywistów i pracowników etatowych P.C.K.

Wielu błędów dopuszczono się na odcinku masowego szkolenia sanitarnego.

Wiele z tych niedociągnięć zostało już usunięte i obecnie bojowym zadaniem P.C.K. jest uaktywnienie mas członkowskich, stworzenie szerokiego aktywu społecznego P.C.K., umasowienie szkolenia sanitarnego, rozszerzenie oświaty sanitarnej i propagandy zdrowia, rozszerzenie akcji szkolenia młodszych pielęgniarek.



Fragment sali obrad z delegacjami młodszych pielęgniarek.

DYSKUSJA nad referatem ideologicznym i sprawozdaniem oraz przemówienia przedstawicieli Rumuńskiego i Węgierskiego Czerwonego Krzyża zakończyły pierwszy dzień obrad.

Tak obradom pierwszego, jak i drugiego dnia Zjazdu towarzyszył podniosły nastrój. Okrzykom na cześć Prezydenta Bolesława Bieruta, Generalissimusa Józefa Stalina oraz na rzecz pokoju i — potępiającym zbrodnie imperialistów amerykańskich na Korei nie było końca.

Obrady były przeplatane składaniem uroczystych meldunków o wykonaniu podjętych zobowiązań i planów pracy przez Koła PCK z terenu całego kraju.

Szczególnie entuzjastycznie były każdorazowo witane wstępujące na mównicę delegacje Ośrodków Szkolenia Młodszych Pielęgniarek z Warszawy, Poznania, Wrocławia, Katowic, Bydgoszczy, Rzeszowa, Zamościa i Ełku, które składały meldunki ze swych prac i przyrzeczenia, iż naczelnymi zadaniami młodszych pielęgniarek będą nauka i praca zawodowa oraz że w nauce i pracy zawodowej kierować się one będą

socjalistyczną dyscypliną pracy i przyczyniać się w miarę swych możliwości do walki o pokój, o lepszy, sprawiedliwy ustrój społeczny — socjalizm.

Młodsze pielęgniarki obdarowały hojnie w pierwszym dniu obrad Zjazdu delegacje zagraniczne, przedstawicieli Rządu i Prezydium ustępującego Zarządu Głównego P.C.K. wiązankami kwiatów.

POCZĄTEK drugiego dnia obrad Zjazdu to dalsza dyskusja nad referatem ideologicznym i sprawozdaniem z dotychczasowej działalności Polskiego Czerwonego Krzyża.

Dyskusję tę, w której wzięło udział ponad 40 delegatów, podsumowała Wiceprezes Dr Domańska stwierdzając, że wysunięte podczas dyskusji postulaty zmierzały:

1) do zwiększenia aktywności Kół PCK,
2) do zwiększenia aktywu społecznego P.C.K. i usunięcia niezdrowego objawu opierania całej działalności P.C.K. tylko — na personelu etatowym,
3) do zwiększenia akcji masowego szkolenia sanitarnego,
4) do rozwinięcia w większym stopniu akcji oświaty sanitarnej, która powinna dotrzeć w głęboki teren i ogarnąć nie tylko Koła P.C.K., ale i poszczególnych członków P.C.K.

Po zakończeniu dyskusji udzielono ustępującemu Zarządowi Głównemu absolutorium.

Następnie po wysłuchaniu referatu na temat nowego Statutu P.C.K. Zjazd — po wniesieniu drobnych poprawek — uchwalił **nowy Statut Stowarzyszenia,** który określa jasno nowe drogi rozwojowe Polskiego Czerwonego Krzyża i jest wyrazem tych przemian, jakie zaszły zarówno w kraju, jak i na terenie międzynarodowym.

Po przerwie, w drugim dniu obrad Zjazdu nastąpiło wręczenie ufundowanego przez Zarząd Główny P.C.K. sztandaru przechodniego Okręgowi Katowickiemu P.C.K., który w realizacji zadań P.C.K. w 1950 r. osiągnął najlepsze wyniki.

Ob. dr **A. Gralakowa,** składając podziękowanie w imieniu Okręgu Katowickiego P.C.K., podkreśliła, że wręczony sztandar jest symbolem nowego pojmowania sensu pracy socjalistycznej i że Okręg Katowicki P.C.K. nie będzie szczędził w pracy wysiłków, by sztandar przechodni pozostał jak najdłużej w jego posiadaniu.

Z kolei, Prezes dr Kostkiewicz i sekretarz generalny R. Bliźniewski dokonali dekoracji odznakami honorowymi P.C.K. działaczy zasłużonych dla Polskiego Czerwonego Krzyża.

Uchwalenie Deklaracji Ideowej Polskiego Czerwonego Krzyża, wybory władz naczelnych Stowarzyszenia i uchwalenie Rezolucji Polskiego Czerwonego Krzyża zamykają dwudniowe obrady Zjazdu.

Nowowybrany Zarząd Główny Polskiego Czerwonego Krzyża, wyłonił spośród siebie Prezydium Zarządu Głównego w składzie następującym:

Prezes — **Dr Jan Rutkiewicz**

I Wiceprezes — **Dr Irena Domańska**

II Wiceprezes — Gen. Prof. Dr **Bolesław Szarecki**

Sekretarz — **Roman Bliźniewski**

Z-ca Sekretarza — Dr **Roman Szweryn**

Skarbnik — **Bolesław Rotsztejn**

Z-ca Skarbnika — Poseł **Stefan Jaroszek**

Członek Prezydium Zarządu Głównego — **Jadwiga Wiśniewska**

Członek Prezydium Zarządu Głównego — **Anna Biernacka.**

I Krajowy Zjazd Polskiego Czerwonego Krzyża wysłał depesze do Radzieckiego Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca, Chińskiego Czerwonego Krzyża, Albańskiego Czerwonego Krzyża i Ligi Stowarzyszeń Czerwonych Krzyży.

Zamykając Zjazd, przewodniczący Zjazdu i zarazem nowy prezes Zarządu Głównego P.C.K. dr J. Rutkiewicz stwierdził:

„Naszym bojowym zadaniem jest jeszcze większe uaktywnienie Kół PCK, jest stała mobilizacja naszych członków w ich codziennej pracy społecznej na terenie PCK.

Aktywiści PCK muszą mobilizować jak najszersze masy społeczeństwa do czynnego współdziałania z państwowymi organami Służby Zdrowia, by podniesienie zdrowotności naszego narodu było dziełem samego ludu.

Zadaniem wszystkim członków PCK, jako działaczy społecznych, jest werbowanie krwiodawców. Ofiarny krwiodawca — to bohaterski współtwórca planu 6-letniego, ofiarny krwiodawca — to przykład socjalistycznej solidarności zdrowego z chorym".

Roman Bliźniewski

Zdjęcia: Foto Leopold Wdowiński.

DEKLARACJA
IDEOWA
POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA

POLSKI Czerwony Krzyż jest masowym, dobrowolnym Stowarzyszeniem, mającym na celu mobilizację wysiłków społecznych do walki o zdrowie narodu.

Wiekowe zacofanie Polski przedwrześniowej i nędza mas pod rządami wyzyskiwaczy i obcych najeźdźców były przyczyną ogromnej śmiertelności dzieci, rozpowszechniania chorób społecznych i niskiego stanu ochrony zdrowia publicznego.

Polska Ludowa, realizując dzieło odrodzenia kraju, wielkiej rozbudowy jego sił produkcyjnych i rozkwitu oświaty i kultury — stwarza po raz pierwszy warunki rzeczywistej opieki i troski o zdrowie człowieka pracy.

Państwo Ludowe przeznacza coraz większe środki na rozszerzenie sieci zapobiegawczo-leczniczej, zakłada wciąż nowe szpitale, sanatoria, ośrodki zdrowia, żłobki, kształci nowe kadry pracowników służby zdrowia.

Polski Czerwony Krzyż jest ramieniem społecznym służby zdrowia, stowarzyszeniem ludzi dobrej woli, którzy w myśl zasady „Zdrowie ludu — dziełem i sprawą samego ludu“ walczą o podniesienie zdrowotności mas pracujących.

Zadaniem PCK jest:

1) Rozwijać jak najszerzej oświatę sanitarną i propagandę zdrowia, podnosić kulturę sanitarną naszych miast i wsi, uświadamiać masy o potrzebie walki z tak groźnymi w skutkach dla społeczeństwa chorobami, jak: gruźlica, choroby weneryczne, alkoholizm, wzmagać tą drogą zdolność do pracy i obrony kraju.
2) Szkolić w zakresie pierwszej pomocy jak najliczniejsze rzesze młodzieży, uczącej się i pracującej, pracowników fizycznych i umysłowych w fabrykach i na roli.
3) Przygotować pomocnicze kadry dla placówek służby zdrowia i zakładów opieki społecznej w mieście i na wsi.

PCK odgradza się od szkodliwych tradycji przedwojennego, sanacyjnego PCK, który przez obłudną filantropię usiłował maskować nędzę, ucisk i wyzysk mas pracujących.

PCK jest wierny zasadom socjalistycznego humanitaryzmu, który głosi szczęście i dobro człowieka pracy, pokój i przyjaźń między narodami i potępia stanowczo ucisk i krwawe wojny imperialistyczne.

Służąc sprawie zdrowia ludu pracującego, PCK włącza swój wysiłek do dzieła wykonania wielkiego Planu 6-letniego, do dzieła budownictwa socjalizmu i wzmożenia siły i obronności naszej Ojczyzny.

PCK wiąże najściślej całą swą działalność z ogólnonarodową walką o pokój, oraz z dążeniami bratnich organizacji w ZSRR, w krajach demokracji ludowej i organizacji demokratycznych w krajach kapitalistycznych — z dążeniami wszystkich, którzy zmierzają do okiełznania podżegaczy wojennych i utrwalenia pokoju między narodami.

ANNA BIERNACKA

GRANICA NA ODRZE I NYSIE - TO GRANICA POKOJU

...takie okrzyki witały nas we wszystkich miastach Niemieckiej Republiki Demokratycznej, zwiedzanych przez polską delegację Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, która na zaproszenie Centralnej Rady Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia N.R.D. udała się dnia 11.II. rb. do Berlina. W skład delegacji weszli: Prezes Związku, dr Alfred Fiderkiewicz, dr Jan Wolański, mgr Ludwik Langer i niżej podpisana.

Przyjęci przez Polską Misję Dyplomatyczną oraz Centralną Radę Związku w Berlinie udaliśmy się do Görlitz, miejscowości, gdzie przewidziano Nadzwyczajną Konferencję Delegatów Służby Zdrowia Niemiec.

GÖRLITZ

...miasto, przez które biegnie granica między Polską a Niemiecką Republiką Demokratyczną — granica pokoju.

O 50 kroków od gmachu, który obrano na siedzibę Zjazdu, bieleją i czerwienią się słupy graniczne; po drugiej stronie — Zgorzelec, miasto polskie.



50 metrów od granicy.

Niemcy Demokratyczne pragną podkreślić, że granica na Nysie została uznana przez ich społeczeństwo za granicę pokoju, granicę sprawiedliwą i stałą.



Tłumy na wiecu na rynku w Görlitz.

Podkreśla to ludność tego miasta, która zbiera się masowo na wiecu na gorlickim rynku, by manifestować w obecności polskiej delegacji swą nieugiętą wolę pokoju i trwałość granicy po wsze czasy.

Rynek w Görlitz jest szczelnie zapełniony, 50-tysięczny tłum ludzki wypełnia także wszystkie boczne ulice. U stóp i po bokach trybuny „trzymają straż" uczennice szkoły pielęgniarstwa, pierwszy rząd, to usadowieni w krzesłach przez troskliwą młodzież starcy i inwalidzi wojenni (których zresztą widzi się ogromną ilość na wszystkich ulicach wszystkich miast N.R.D.), dalej F.D.J. — Wolna Niemiecka Młodzież, związek pokrewny naszemu Z.M.P. w błękitnych bluzach, a dalej tłumy, tłumy, tłumy...

Po przemówieniu Prezesa Fiderkiewicza burza oklasków i długo niemilknące okrzyki, czasem bezładne, niezorganizowane, ale spontaniczne i szczere.

* * *

SAM Nadzwyczajny Zjazd Delegatów Służby Zdrowia wykazał, że Związek Zawodowy pracuje:

po pierwsze:

w oparciu o ludzi zasłużonych w walce z faszyzmem hitlerowskim, wieloletnich członków partii lewicowych, byłych więźniów politycznych reżimu hitlerowskiego, ludzi, którzy czynną postawą po r. 1933 zadokumentowali swój protest przeciwko antyludowej polityce;

po drugie:

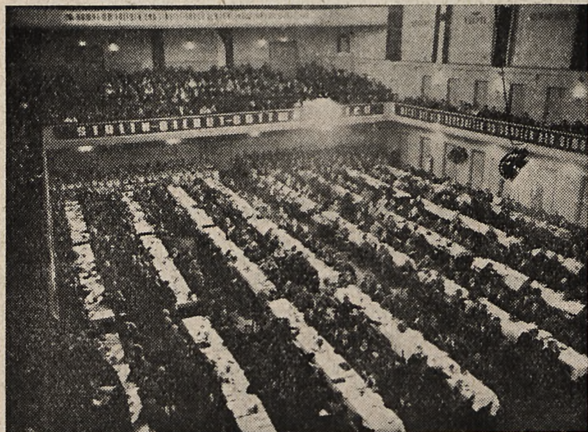
w oparciu o ideologię marksistowską, ideę pokoju i przyjaźni ze Związkiem Radzieckim i krajami Demokracji Ludowej, a w szczególności ze swymi bliskimi sąsiadami: Polską i Czechosłowacją;

po trzecie:

w harmonijnej współpracy z Ministerstwem Zdrowia, co odbija się bardzo korzystnie na całokształcie pracy służby zdrowia;

po czwarte:

bardzo dobrze, masowo i operatywnie, opierając się na doskonałej strukturze związkowej.



Sala obrad w Görlitz, w głębi uczennice szkół pielęgniarstwa.

Naszą uwagę zwrócił fakt, że obradom przewodniczyli prawie wszyscy członkowie obecnego Prezydium, a więc nie tylko przewodniczący Związku, **Gräf,** czy jego zastępca, lecz kolejno: Minister Zdrowia dr **Steidle,** który nie opuszczał Zjazdu przez cały czas jego trwania i brał bardzo żywy udział w obradach, następnie aktywni działacze Związku, a w tym wiele zasłużonych kobiet i członków F.D.J.

Organizacja Zjazdu stała na najwyższym poziomie, krótkie przemówienia zawierały dużo



Prezydium Zjazdu.

treści, były pozbawione niepotrzebnych dłużyzn i gadulstwa. Zwracała uwagę duża liczba wyrobionych aktywnych działaczy Związku a zarazem doskonałych mówców.

* * *

ZJAZD, mający na celu podsumowanie dotychczasowych wyników pracy oraz wytyczenie drogi Związku na przyszłość, odbywał się:

pod znakiem walki o zdrowie człowieka pracy NRD,

podniesienia świadomości politycznej mas członkowskich Związku,

oparcia nauki lekarskiej o wzory radzieckie,

walki z oportunizmem i przestarzałymi teoriami apolityczności w zawodach leczniczych,

pod znakiem walki o pokój, utrwalenia granicy na Odrze i Nysie oraz zjednoczenia Niemiec.

Wiele czasu poświęcono także metodzie współzawodnictwa w służbie zdrowia.

Zjazd zakończono szeregiem rezolucji:

ściśle precyzujących dalsze zadania społeczne i polityczne Związku,

potępiających politykę imperialistów,

żądających zjednoczenia Niemiec i zaprzestania zbrojeń w ogóle, a remilitaryzacji Niemiec w szczególności.

W krótkim artykule niezwykle trudno jest oddać wspaniały nastrój obrad, ich zwartość i głęboko szczerą przemianę, jaka nastąpiła w społeczeństwie niemieckim, którego dość szeroki wycinek mieliśmy możność poznać.

* * *

PROFESOR **Zetkin,** poważny naukowiec i marksista, syn wielkiej komunistki niemieckiej, Klary Zetkin, autorytet fachowy i ideo

logiczny w NRD, z dobrym, pięknym uśmiechem mówi nam o nowej młodzieży niemieckiej.



Od lewej: **Minister Zdrowia Steidle i Profesor dr Zetkin.**

A wychowanie tej młodzieży jest rzeczywiście najwspanialszym osiągnięciem Niemieckiej Republiki Demokratycznej, to jej największy kapitał i duma. Kapitał gwarantujący nowego niemieckiego człowieka, człowieka wolnego i szanującego wolność innych, człowieka który potrafi budować socjalizm.

Grupa 18- i 20-letnich chłopców napotkana w „Saksońskiej Szwajcarii" w Bastei, zapytana o powrotną drogę do szosy, interesuje się, czy jestem Polką i wdaje się w dłuższą rozmowę. I jeden przez drugiego mówią, mówią, mówią... o Niemcach, o ich tragicznym rozdarciu, o FDJ i o komsomole, pytają o ZMP i o życie w Polsce, mówią o swej walce o pokój i planie 5-letnim, o granicy na Odrze i Nysie, o krzywdach wyrządzonych Polsce przez hitleryzm, pytają o odbudowę Warszawy...

Wreszcie żegnam ich i odchodzę. Gonią mnie przez długi czas ich okrzyki; „Freundschaft", „Frieden", „Freundschaft", „Frieden"... *)

Minister Zdrowia, dr Steidle wyjaśnia mi, jak się to stało, że młodzież NRD jest tak właśnie wychowana. W 1945 r. założono organizację młodzieżową FDJ. Organizacja ta objęła młodzież od lat 14-tu i od samego początku kładła bardzo mocny nacisk na jej wychowanie.

Poza tym w ciągu jednego miesiąca zmieniono w całej Niemieckiej Republice Demokratycznej w s z y s t k i c h dotychczasowych nauczycieli, zastępując ich ludźmi niezwiązanymi z reżimem faszystowskim, ludźmi o szczerze demokratycznych przekonaniach, członkami partii (SED) lub byłymi więźniami politycznymi. Starych, hitlerowskich nauczycieli w szkołach podstawowych zastępowano niejednokrotnie inteligentnymi przeszkolonymi robotnikami. Rezultat? D o s k o n a ł y. Dziś, można śmiało powiedzieć, że NRD posiada wspaniałą demokratyczną, bojową młodzież, która walczy z każdym przejawem faszyzmu, odbudowuje swoją ojczyznę, walczy o pokój, potępia politykę agresji prowadzoną przez Hitlera i jego niemieckich poprzedników, młodzież na której społeczeństwo NRD opiera swą przyszłość, jako naród wolny i szanujący wolność innych narodów.

SENFTENBERG, DREZNO, LIPSK

Witają nas transparenty i okrzyki: „Oder, Neisse — Friedens Grenze" i jak wszędzie: kwiaty, biały bez i czerwone tulipany; masa kwiatów, życzliwych, nieco zażenowanych uśmiechów i serdeczne uściski rąk.



Moment wręczenia prezentów Zjazdowi od delegacji polskiej.

Czujemy, że nareszcie po wielu, tragicznych dla narodu niemieckiego, latach doszły otwarcie do głosu dobre siły tego narodu, że granica na Odrze i Nysie nie jest murem pomiędzy naszymi państwami, lecz ś c i a n ą s ą s i e d z k ą, po obu stronach której oba, wyzwolone spod kapitalistycznej przemocy, narody budują w pokoju lepszą przyszłość swoich ojczyzn.

* * *

ZWIEDZAJĄC zakłady lecznicze stwierdzamy, że w służbie zdrowia NRD pozostało jeszcze bardzo wiele do zrobienia dla usunięcia starych, konserwatywnych przesądów. Tak więc dla przykładu: pielęgniarki traktowane są przez lekarzy w senftenberdzkim szpitalu w sposób u nas już praktykowany rzadko. Piszę — rzad-

ko — bo jestem przekonana, że gdyby tak uważnie poszukać, znalazłby się jeszcze i u nas szpital, gdzie istnieje np. osobna jadalnia dla pielęgniarek, osobna dla lekarzy, jak to ma miejsce w Senftenberg i, co gorsza, jest uważane przez lekarzy za rzecz samo przez się zrozumiałą..

* * *

ALE w tym samym Senftenbergu przedstawiają mi, doskonałego podobno, starostę na duży senftenberdzki powiat. Staje przede mną 26-letni poważny młodzieniec. Tak sobie radzi młoda Republika, by odpowiedzialne stanowiska obsadzić ludźmi niezwiązanymi z dawnym hitlerowskim reżimem.



Gorlicka Szkoła Pielęgniarstwa przy trybunie.

Republika Niemiecka nie powtórzyła już błędu z r. 1918, kiedy młoda rewolucja pozostawiła stary aparat administracyjny, licząc na swą nad nim władzę.

Ludowa milicja niemiecka, urzędy, kolejnictwo — wszędzie nowi ludzie, ludzie młodzi, wychowani w duchu demokracji, w duchu pokoju i przyjaźni z innymi narodami.

Można śmiało powiedzieć, że aparat państwowy jest, ogółem biorąc, zdrów, a przede wszystkim młody, łatwy do wychowania.

Na wychowanie kładzie Republika Niemiecka specjalnie duży nacisk. Wychowuję młodzież i dorosłych ,dzieci i ludzi starszych.

Pomocną w tym jest dla niej sama historia Niemiec. Wszystko co pozostało po hitlerowskim reżimie ma swoją silną, dobitną wymowę.

W czasie ulicznej manifestacji zwracam uwagę na dwoje 70-letnich staruszków śpiewających nowy hymn odnowionego narodu niemieckiego. Wdaję się z nimi w rozmowę, w czasie której zaczynam rozumieć, dlaczego dwoje starców wzajemnie się podpierając, wyszło na ulicę, by na pokojowej demonstracji śpiewać nową pieśń narodu niemieckiego. Są na utrzymaniu córki, która „wprawdzie straciła oko w czasie bombardowania, ale może pracować i ma dobre serce", mieli jeszcze trzech synów, dwóch zginęło pod Stalingradem, jeden — w Afryce, wnukowie z Hitlerjugend — w walkach o Berlin.

Staruszkowie śpiewają pokojowy, niemiecki hymn, by wojna się nie powtórzyła, by nie ginęli inni synowie, inne dzieci.

* * *

MOCNĄ — powiedziałbym — polityczną wymowę mają gruzy Drezna.

Na temat międzynarodowego kapitału, jako sprężyny wojen, jako duszy hitlerowskiej agresji, na temat ścisłego powiązania kapitalistów amerykańskich z fabrykantem broni, Alfredem Kruppem, z wynalazcą ludobójczego cyklanu, z Ter-Meerem, z całym I. G. Farbenindustrie i całą wielką burżuazją niemiecką — na te tematy dramaturdzy piszą sztuki teatralne i filmowe, pisarze piszą powieści. Istnieje jednak w Niemczech miasto, którego historia jest krótka, lecz bardziej nawet przekonywująca niż najwspanialsza, najbardziej obrazowo napisana powieść. Miastem tym jest Drezno, stolica Saksonii.

Drezno zostało spalone i zburzone doszczętnie mniej więcej tak, jak nasze warszawskie Nalewki, Muranów, czy ul. Złota. Drezno zostało obrzucone bombami zapalającymi i burzącymi. Podobny los spotkał miasta Polski, Związku Radzieckiego, zburzono też częściowo niektóre miasta Niemiec. Taka jest właśnie wojna, której pragną i którą rozpętują imperialiści. I nie o to tu w tej chwili chodzi, nie chodzi tu o gruzy Drezna, gruzy jakie wojna pozostawiła ustokrotnione w miastach Wschodu.

Drezno zburzyli i spalili lotnicy amerykańscy przez jedną, jedyną noc, w ciągu 10 godzin bombardowania — dnia 15 lutego 1945 r. czyli niemal w przeddzień wejścia do Drezna wojsk Armii Czerwonej, na niecałe 2 miesiące przed podpisaniem aktu zakończenia działań wojennych.

Każdemu nasuwa się logiczne pytanie — po co? jaki był cel tego spiesznego bombardowania?

Odpowiedź nasuwa się tylko jedna: jedno z najpiękniejszych i bogatszych miast niemieckich miało się dostać w strefę okupacji Związku Radzieckiego, bowiem armie państw zachodnich były zbyt daleko.

Jak więc widać już w 1945 r. Amerykanie mieli swą ustaloną wobec Związku Radzieckiego — wrogą politykę.

Należy dodać, że Drezno nie było bronione i nie przedstawiało żadnego obiektu ważnego z wojennego punktu widzenia.

Istnieje jednak wokół Drezna cały pas, pas nienaruszony przez ogień i burzące bomby, to pas pięknych fabrykanckich willi. Tak się jakoś „złożyło", że na 4 dni przed bombardowaniem wille te zostały opuszczone, jak tonące okręty przez „przewidujące" szczury.

Fabrykanci na całym świecie mają wspólny język i wspólne informacje — jak widać zresztą — dobre informacje.

Lokatorzy wyjechali, piękne wille zostały, ich właściciele łudzą się, że powrócą do swoich siedzib uprzejmie oszczędzonych przez przyjaciół. Niech się nie łudzą, dzisiejszy, uświadomiony człowiek drezdeński, nie dopuści ich tu nigdy, bo wie, że kapitał, obojętnie w jakich mundurach, zawsze niesie zło, zniszczenie i śmierć.

* * *

NIEMIECKA Republika Demokratyczna posiada stosunkowo wielu lekarzy i wiele pielęgniarek. Ciągle jednak słyszy się utyskiwanie na brak kadr w służbie zdrowia. 14 tysięcy lekarzy i 68 tysięcy personelu średniego służby zdrowia na 18 milionów ludności, to w porównaniu z naszą sytuacją na tym odcinku, liczba stosunkowo duża. Istnieją tu natomiast inne, poważne braki. Postawa społeczna wielu lekarzy i pielęgniarek NRD pozostawia jeszcze wiele do życzenia. To też młoda Republika pokłada wielkie nadzieje w nowo-szkolonych kadrach, które będą opuszczać Wydziały Lekarskie i Szkoły Pielęgniarstwa.

Około 50% lekarzy zajmuje się tu głównie praktyką prywatną, są to ludzie niejednokrotnie obcy ideologicznie, niezwiązani z Republiką i jej zadaniami. Część z nich pracuje w służbie zdrowia NRD tylko dlatego, że w Niemczech Zachodnich szaleje bezrobocie.

Opowiadają nam zresztą bardzo dokładnie o życiu w Niemczech Zachodnich członkowie delegacji przybyłej stamtąd na Zjazd do NRD.

Są to pracownicy służby zdrowia, którzy pragną zapoznać się z nowym życiem w Republice. Przyjechali pełni ciekawości, a zarazem nieufności, którą sieje w narodzie niemieckim propaganda USA, trzeba zresztą przyznać niewybredna lecz tak natrętna i masowa, że niejednokrotnie osiągająca swój cel.

Propaganda ta ma za zadanie zohydzenie Niemcom z Zachodu wspaniałych przemian, jakie nastąpiły w NRD. Odbudowa, pracujące fabryki przemysłu pokojowego, wzrastający dobrobyt, zupełny brak bezrobocia — oto fakty, które stara się ukrywać lub fałszować propaganda USA.

Delegaci na Zjazd, przybyli z Zachodu, informują nas o formie i rozmiarach tej propagandy, o polityce stwarzania bezrobocia w celu ułatwienia werbunku do nowotworzącej się niemieckiej armii, o podjudzaniu do wojny i odwetu.

* * *

DOOKOŁA stosunków niemiecko - polskich ujawniają się wyraźnie dwie linie polityczne. Jedna — na zachodzie — przeprowadzana ręką kapitału, linia rewizjonizmu ,odwetu i podniecania nienawiści do narodu polskiego; druga — na wschodzie — przeprowadzana rękami milionowych mas, przepojonych duchem demokracji i pokoju, linia likwidacji wszystkiego, co dzieliło w przeszłości nasze narody, linia wzmocnienia tego wszystkiego, co je łączy w teraźniejszości.

Naród polski, mimo zadanych strat, cierpień i zniszczeń przez inwazję hitlerowską, nie powinien narodu niemieckiego utożsamiać z hitlerowcami.

Powstanie Niemieckiej Republiki Demokratycznej, walczącej o pokój i jedność Niemiec na zasadach demokratycznych przyśpieszyło zbliżenie pomiędzy naszymi narodami.

Polityka przyjaźni z Polską Ludową, prowadzona przez NRD i cały niemiecki obóz pokoju nabiera szczególnej wagi na tle wysiłków imperialistycznych dążących do posłużenia się częścią narodu niemieckiego jako mięsem armatnim.

Musimy zdać sobie sprawę, że sąsiadująca z Polską Niemiecka Republika Demokratyczna, walcząca o pokój i przenosząca tę walkę na teren Niemiec Zachodnich jest dla nas szczególnie pożądanym sąsiadem.

Wspólna wola pokoju jest wspólną drogą dla obu naszych narodów, należy pamiętać, że — jak powiedział Józef Stalin — **hitlerzy przychodzą i odchodzą, a naród niemiecki pozostaje.**

Anna Biernacka

Zdjęcia: Foto NEUSE — Görlitz
Zdjęcia: Foto DREYER — Berlin

K. K.

Rozwój współzawodnictwa pracy

WSPÓŁZAWODNICTWO pracy w służbie zdrowia, zapoczątkowane w roku 1948, w pierwszym okresie swego rozwoju szukało wzorów we współzawodnictwie realizowanym już wówczas szeroko w przemyśle.

W tym okresie, inicjatywa i próby regulaminowego ujęcia tych form powstawały w terenie oddolnie. Przodowały tu Okręgi: Katowice, Poznań i Białystok. Słuszne i celowe dążenia poszczególnych Zarządów Okręgowych do spopularyzowania ruchu współzawodnictwa wśród pracowników służby zdrowia napotykały na duże opory, szczególnie wśród personelu kwalifikowanego, który, powodowany rzekomą „obawą o obniżenie poziomu lecznictwa", niechętnie dawał się wciągać do uczestnictwa w tej akcji.

Z perspektywy dwóch lat stwierdzić należy, że zbyt śmiałe pomysły i próby tworzenia pewnego rodzaju „norm" pracy i oszczędności w lecznictwie mogły wówczas budzić pewne wątpliwości.

Tendencje te skłoniły Zarząd Główny do podjęcia pierwszych kroków w celu skonstruowania zasad i regulaminów współzawodnictwa pracy. Pierwszy regulamin (okólnik Nr 19) zawierał skalę ocen opartą jeszcze na czasie pracy, ilości zużytych materiałów, przelotności szpitali itp., co — przy istnieniu postanowień o możliwości dostosowania regulaminu do warunków lokalnych danego zakładu pracy — pozwalało Zakładowemu Komitetowi Współzawodnictwa prawie że na dowolne, w granicach określonych regulaminem, korygowanie norm pracy i skali ocen. Prowadziło to znów w konsekwencji do olbrzymiego zróżnicowania skali ocen w zależności od inwencji i aktywności poszczególnych członków komisji.

Te niezdrowe tendencje, prowadzące do tworzenia oddzielnych regulaminów dla poszczególnych działów lecznictwa, w tych działach zaś do różnych lokalnych czy też rodzimych norm pracy i ocen, zmusiły Zarząd Główny do poddania szybkiej rewizji zasad i regulaminów współzawodnictwa pracy.

Opracowanie nowego regulaminu i nowych form współzawodnictwa nie trwało długo. i już z dniem 1.I.1950 wprowadzono nowe zasady współzawodnictwa (okólnik Nr 54).

Regulamin i wytyczne zawarte w okólniku Nr 54 stanowiły już olbrzymi krok naprzód gdyż zawierały nie tylko szczegółowe wytyczne organizacyjne Komisji i Komitetów Współzawodnictwa, lecz także jednolitą tabelę ocen, opracowaną w ten sposób, że stosowana być mogła do wszystkich działów lecznictwa bez konieczności wprowadzania zmian przez komitety lokalne. Wytyczne zawierały również część ideologiczną, określającą istotę współzawodnictwa pracy i zadania pracowników służby zdrowia w okresie realizacji Planu 6-letniego na odcinku zdrowia.

Łatwe w stosowaniu przepisy regulaminu pozwalały mieć nadzieję, że w oparciu o nie akcja współzawodnictwa pracy i racjonalizacja obejmie wszystkich pracowników służby zdrowia. Równocześnie opracowany został regulamin narad wytwórczych, określający je, jako główny i zasadniczy element współzawodnictwa. Narady wytwórcze stosowane szeroko powinny — jak głosił regulamin — stać się areną krytyki i samokrytyki oraz narzędziem podniesienia poziomu pracy zakładów służby zdrowia.

Pierwsze etapy współzawodnictwa pracy, realizowane na podstawie tego regulaminu, dały spodziewane rezultaty i ruch ten zaczął obejmować coraz więcej zakładów i pracowników służby zdrowia. Współzawodnictwo zaczęło się spontanicznie rozszerzać o czym świadczą uzyskane wyniki i wzrost liczbowy współzawodniczących.

Dla ilustracji przytoczę kilka cyfr: w marcu 1949 r. we współzawodnictwie brało udział 12% pracowników służby zdrowia, a w pierwszej połowie 1950 r. uczestniczyło już 51% wszystkich pracowników, zaś w zakładach służby zdrowia objętych współzawodnictwem przeciętna współzawodniczących dosięgała 89%.

Współzawodniczący podejmowali również zobowiązania krótko i długofalowe. Miały one przeważnie charakter okolicznościowy i nie prze-

jawiały, poza bardzo nielicznymi przypadkami, tendencji do umasowienia.

Z tych zobowiązań na podkreślenie zasługują: zobowiązania podjęte w czynie 1-majowym (mające za przedmiot przebadanie dzieci w wieku szkolnym), opieka nad P.G.R.-ymi i Spółdzielniami Produkcyjnymi na wsi, przeprowadzenie remontów poszczególnych zakładów leczniczych sposobem gospodarczym, oraz zobowiązania na odcinku szkoleniowym.

Mimo, że współzawodnictwo pracy wzrosło ilościowo i jakościowo, że wychowany został spory aktyw związkowy, to jednak w piątym etapie współzawodnictwa zaobserwowano pewnego rodzaju zahamowanie tej akcji, a to z dwóch powodów:

Po pierwsze przyczyną tego zahamowania były bezsprzecznie przepisy samego regulaminu, którego ramy nie dawały się nagiąć do idącego naprzód życia, jak również same kryteria i sposób oceny wyników. Po drugie hamowała tę akcję duża, szeroko rozbudowana sieć Komitetów Współzawodnictwa i przekazywanie trójkom oceny wyników poszczególnych pracowników w zespołach. Objęcie punktowaniem prac, wchodzących w zakres obowiązków pracowników, i wprowadzenie systematycznej kontroli pracy przez trójki, wpłynęło ujemnie na podejmowanie nowych zobowiązań przez pracowników, zaś z trójek uczyniło pomocniczy organ kontrolny administracji.

Te niezdrowe objawy skostnienia i zbiurokratyzowania organów współzawodnictwa obserwowano nie tylko w służbie zdrowia. Z tych właśnie względów VI Plenum CRZZ wykazało, że dotychczasowe regulaminy współzawodnictwa pracy, chociaż początkowo niewątpliwie odegrały dużą rolę, budząc i mobilizując masy pracownicze, a tym samym przyczyniając się do podniesienia poziomu produkcji, z biegiem czasu, przy wprowadzeniu lepszych metod organizacji pracy, przestały pobudzać do wzmożenia wysiłków i zaczęły hamować twórczą inicjatywę klasy robotniczej.

Podobnie było i z naszym regulaminem. Wpłynął on bezwątpienia na podniesienie poziomu pracy w służbie zdrowia, przyniósł duże osiągnięcia organizacyjne, ale z drugiej strony jego sztywne ramy stanowiły zaporę do rozwinięcia pełnej aktywności pracowników służby zdrowia, a zwłaszcza do uruchomienia olbrzymiej inicjatywy oddolnej.

Plenum Zarządu Głównego Z.Z.P.S.Z. przeprowadziło analizę dotychczasowych form współzawodnictwa pracy i postawiło przed Prezydium Zarządu Głównego zadanie opracowania wytycznych współzawodnictwa zadaniowego, opartego na konkretnych zobowiązaniach współzawodniczących. Wytyczne te zostały opracowane i uchwałą VI Plenum Zarządu Głównego wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 1951 r.

Charakterystyczne cechy współzawodnictwa zadaniowego to oparcie współzawodnictwa o konkretne zobowiązania, decentralizacja ocen, likwidacja dotychczasowych punktacji i dokonywanie ocen przy udziale współzawodniczących.

Jaka jest metoda i technika współzawodnictwa zadaniowego?

We współzawodnictwie uczestniczyć mogą wszyscy pracownicy służby zdrowia przez dobrowolne zgłaszanie zobowiązań indywidualnych, zespołowych i grupowych. Zobowiązania mogą być podejmowane w dowolnych terminach, a etap współzawodnictwa trwa trzy miesiące, czyli jeden kwartał kalendarzowy.

Współzawodnictwem pracy kieruje Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia, zaś na zakładzie pracy — Zakładowa Komisja Współzawodnictwa, w składzie 4—8 osób, powoływana w miarę możności spośród reprezentantów każdego rodzaju pracy.

Z urzędu, poza członkami powołanymi przez Zarząd Koła Związkowego, w skład Komisji wchodzą: przewodniczący Koła Zw., dyrektor zakładu i sekretarz podstawowej organizacji partyjnej lub ich zastępcy.

W końcu każdego kwartału Zakładowa Komisja Współzawodnictwa, po konsultacji z mężami zaufania poszczególnych grup związkowych, zestawia i sumuje osiągnięcia współzawodnictwa w danym etapie, po czym przedstawia je na naradzie wytwórczej (gospodarczo-usługowej) celem przedyskutowania i przeanalizowania.

Przy ocenie wyników Komisja bierze pod uwagę wnioski podjęte na naradzie wytwórczej oraz ważność, wartość, terminowość i stopień przekroczenia wykonanych zobowiązań indywidualnych i zespołowych. Komisja również wybiera przodujących pracowników i przodujące zespoły.

Tytuły przodujących pracowników i zespołów nadaje Zarząd Koła Związkowego. Spośród

przodujących pracowników, Zarząd Koła Związkowego i Dyrekcja typują najlepszego i nadają mu tytuł pracownika przodującego w danym zakładzie pracy.

Spośród pracowników przodujących w zakładzie Zarząd Okręgu Zw. Zaw. Prac. Sł. Zdrowia przedstawia 3 kandydatów do Zarządu Głównego Z.Z.P.S.Z. o nadanie im tytułu pracownika przodującego w służbie zdrowia, z kolei zaś Zarząd Główny przedstawia ich do nagród państwowych.

Olbrzymie zadania jakie stoją przed pracownikami służby zdrowia w okresie Planu 6-letniego będą dopiero wówczas wykonane, gdy podniesiemy poziom pracy instytucji służby zdrowia oraz poziom zawodowy i ideologiczny pracowników, co nie jest do pomyślenia bez usprawnienia i szerokiego upowszechnienia socjalistycznego współzawodnictwa pracy.

W okresie realizacji Planu 6-letniego, w okresie budowy socjalistycznej służby zdrowia, stawia się przed pracownikami służby zdrowia następujące zadania na rok 1951:

— ulepszenie lecznictwa otwartego, ubezpieczeniowego,
— zwiększenie kwalifikacji zawodowych kadr lekarskich i pomocniczych oraz roztoczenie opieki nad nimi,
— podniesienie poziomu ideologicznego pracowników służby zdrowia,
— rozpowszechnienie akcji krwiodawstwa i leczenia krwią konserwowaną.
— usprawnienie pracy zakładów służby zdrowia,
— podniesienie stanu sanitarnego kraju i walka z chorobami zakaźnymi,
— zorganizowanie jak największej liczby izb porodowych i izb chorych,
— upowszechnianie i pogłębianie akcji społecznych.

Zagadnienia te powinny być przede wszystkim treścią socjalistycznego współzawodnictwa członków naszego Związku.

Zrealizujemy je w pełni, gdy nasze narady wytwórcze staną się kuźnią socjalistycznych metod pracy, kuźnią nowych konkretnych zobowiązań pracowników, zespołów i grup pracowniczych, zaś w oparciu o zasadę krytyki i samokrytyki — narzędziem systematycznej kontroli wykonywania planu zakładu pracy i zobowiązań współzawodniczących.

Nowy okres współzawodnictwa pracy, do którego przystąpiliśmy z dniem 1.I.1951 r., powinien stać się punktem zwrotnym w rozwoju socjalistycznej służby zdrowia w Polsce Ludowej.

K. K.

Uspołecznienie aptek prywatnych

W dniu 8 stycznia 1951 roku Sejm Ustawodawczy Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił 4 nowe ustawy, a mianowicie: 1) ustawę o przejęciu na własność Państwa wszystkich aptek prywatnych, 2) ustawę o zniesieniu Izb Aptekarskich, 3) ustawę o aptekach, oraz 4) ustawę o środkach farmaceutycznych odurzających i artykułach sanitarnych. Projekty nowozgłoszonych ustaw referował Minister Zdrowia, dr Jerzy Sztachelski.

Zadaniem nowych ustaw jest stworzenie podstaw dla uporządkowania sprawy zaopatrzenia mas pracujących w leki i materiały sanitarne, oraz włączenie tej dziedziny służby zdrowia w jednolity nurt socjalistycznej gospodarki naszego Państwa Ludowego.

Min. Sztachelski mówił: „Służba zdrowia ma zapewnić od strony opieki zdrowotnej warunki dla wypełnienia Planu 6-letniego i zapewnić podniesienie stanu zdrowotnego ludzi pracy w mieście i na wsi".

...„Wypełnienie tych zadań wymaga nowej, tworzonej obecnie, organizacji służby zdrowia i nowej metodyki pracy wszystkich instytucji i zakładów, pozwalającej najcelowiej i najoszczędniej wyzyskać cały zasób sił i środków służby zdrowia".

Dla rozwoju i należytej organizacji służby zdrowia konieczna jest — według słów mówcy — rozbudowa trzech zasadniczych elementów służby zdrowia, a mianowicie: kadr fachowych, instytucji oraz leków i sprzętu.

Deficyt w kadrach fachowych służby zdrowia, szczególnie lekarskich i pielęgniarskich, zmniejsza się wydatnie, „rozwój instytucji leczniczych i profilaktycznych odbywa się w tempie siedmiokrotnie przewyższającym tempo rozwoju w okresie przedwrześniowym, natomiast dziedzina zaopatrzenia w lek i materiały sanitarne jest najsłabszym ogniwem w pracy służby zdrowia, chociaż zaopatrzenie w lek jest jednym z ważniejszych elementów, niezbędnych dla sprawnego funkcjonowania służby zdrowia“.

W zasadzie mamy w kraju poważne zasoby leków, które mogły by zaspokoić potrzeby mas pracujących, jednakże środki te nie są we właściwy sposób rozprowadzane. Oto co o tym mówi Min. Sztachelski: „Obecnie produkujemy już pokaźną ilość leków. Wiele leków, z penicyliną na czele, produkujemy w Polsce po raz pierwszy. Handel zagraniczny coraz sprawniej uzupełnia produkcję krajową, wypełniając plan importu leków“...

...„Jest faktem, że poważny dziś zasób pełnowartościowych, produkowanych w kraju jak i importowanych z zagranicy, leków gromadzi się w składach hurtowych. Wszelkie próby planowego rozprowadzenia przez apteki prywatne są bezskuteczne mimo, że leki te są przedmiotem poszukiwań wielu konsumentów.

Apteki prywatne nie potrafią spełniać rosnących przed nimi zadań. Na szczeblu aptek prywatnych dezorganizował się system zaopatrywania ludności w lek“.

Źródłem niedomagań na odcinku zaopatrywania ludności w leki nie jest brak kadr fachowych, ani też brak aptek, lecz jedynie to, że apteki pozostają w ręku prywatnych właścicieli.

Min. Sztachelski mówi: „Mamy w Polsce na ogół dużą liczbę farmaceutów, liczbę bliską optymalnej. Pod względem kadr fachowych farmacja jest najzasobniejszą dziedziną służby zdrowia. Kwalifikacje farmaceutów polskich są wysokie. Są to cenni i dobrze przygotowani do pracy fachowcy. Również liczba aptek jest zadowalająca. W stosunku do okresu przedwojennego liczba aptek wzrosła. Podczas gdy przed wojną mieliśmy 6,7 na 100 tysięcy ludności — to obecnie posiadamy 8 aptek na 100 tysięcy ludności“.

„Od apteki żądamy obecnie, aby była ona instytucją służby zdrowia. Instytucją, której treścią i celem działania jest jak najlepsze obsługiwanie ludzi pracy. Natomiast dotychczas apteka jest przede wszystkim instytucją handlową, obliczoną na zysk. Zysk był głównym motywem zakładania i prowadzenia apteki.

Od dłuższego czasu występuje zjawisko, że apteki prywatne stale i systematycznie uchylają się od obrotu lekiem tanim, na którym marża zarobkowa jest niższa, pomimo, że leki te są w lecznictwie niezbędne“...

Dowód na to, że apteki prywatne nie są dostosowane do zaopatrywania jak najszerszych rzesz ludności, stanowi następujące zestawienie: apteki społeczne, aczkolwiek stanowią tylko 20% wszystkich aptek w Polsce, rozprowadzają ponad 50% wszystkich leków.

Również wielkim utrudnieniem w zaopatrywaniu ludności w leki jest niewłaściwie rozmieszczona sieć aptek.

„Sieć rozmieszczenia aptek prywatnych powstaje żywiołowo i jest kształtowana również zasadą rentowności. Apteki prywatne zakładane były w najzamożniejszych dzielnicach z pominięciem dzielnic robotniczych i przedmieść, z upośledzeniem terenów wiejskich. Stan ten godzi przede wszystkim w interesy klasy robotniczej“...

Dawne przepisy, które dotychczas utrzymały swą moc prawną, regulowały sprawę rozmieszczenia aptek jedynie pod kątem widzenia konkurencji handlowej. Były więc wyrazem troski o interesy właściciela apteki, a nie interesu konsumenta, tj. człowieka pracy.

„Stanu tego — według słów Min. Sztachelskiego — nie wolno dalej tolerować. Włączenie aptek prywatnych w ramy gospodarki społecznej, planowy ich rozwój, oparcie pracy na zasadzie służby społecznej wobec klasy robotniczej i mas ludowych — będzie dalszym krokiem w budowaniu socjalistycznego systemu ochrony zdrowia w służbie mas pracujących“.

W dalszym ciągu przemówienia mówca podkreślił, że Państwo Ludowe ceni i otacza opieką specjalistów, którzy pracują lojalnie. Nowa ustawa przewiduje więc, że dotychczasowi właściciele pozostaną w aptekach jako ich kierownicy, co pozwoli na wykorzystanie umiejętności naszych licznych i dobrze przygotowanych kadr fachowców zgodnie z interesami mas pracujących. Byli właściciele aptek otrzymają szerokie uprawnienia do ubezpieczeń społecznych i emerytury.

Uzasadniając projekt ustawy o zniesieniu Izb Aptekarskich, Min. Sztachelski stwierdził, że w ustroju kapitalistycznym celowo i świadomie wyodrębniono farmaceutów ze środowiska pracowników służby zdrowia, i na dowód tej odrębności tworzono „Izby Aptekarskie“. Obecnie rzecz ma się inaczej.

„Klasa robotnicza żąda, zarówno od lekarza jak i farmaceuty, społecznej, czynnej postawy w realizacji zadania podnoszenia zdrowotności mas pracujących i budowy socjalizmu na ich najbliższym, dla nich konkretnym terenie — terenie służby zdrowia“.

Omówiwszy następnie nowy cennik leków obowiązujący od stycznia b. r., Minister Sztachelski zakończył swe przemówienie:

„Nacjonalizacja aptek, nowa struktura działalności tej dziedziny, zniesienie Izb Aptekarskich i jednolite zasady nadzoru nad produkcją, obrotem leku i materiałów sanitarnych, jest przełomowym momentem dla dużej dziedziny pracy służby zdrowia, jest istotnym wydarzeniem w rozwoju naszej gospodarki narodowej.

Ustawy wnoszone dziś pod obrady Sejmu stanowią dalszy krok ku pełnemu uspołecznieniu służby zdrowia, dostosowaniu do życiowych potrzeb klasy robotniczej i mas ludowych, oznaczają one rozszerzenie ram gospodarki planowej, włączenie nowych kadr i instytucji do budowy socjalistycznej służby zdrowia jako elementu budowy socjalizmu w naszym kraju“.

L.

Dr STANISŁAW BOBER

CHOROBA HEINE MEDINA

MAMY tu do czynienia z ostrą chorobą zakaźną, nagminną, nawiedzającą głównie dzieci, zwłaszcza w okresie wczesnego dzieciństwa (do lat czterech), objawiającą się porażeniami i następowymi zanikami mięśni.

Przyczyną porażeń są zmiany w rdzeniu kręgowym, zwłaszcza w okolicy substancji szarej rogów przednich, chociaż zarazek może również umiejscowić się w rozmaitych miejscach układu nerwowego zarówno ośrodkowego, jak i obwodowego.

Znamy kilka nazw łacińskich tej choroby, jedną z nich jest „morbus Heine-Medin“.

Nazwa polska „porażenie dziecięce nagminne“ używana jest najczęściej i najchętniej, mimo, iż nie jest nazwą najlepszą z tych samych powodów co i nazwa anatomiczna „zapalenie rogów przednich rdzenia“. Bowiem nazwa anatomiczna w świetle obecnych poglądów nie obejmuje wszystkich stwierdzanych w tej chorobie zmian, nawet anatomicznych, których umiejscowienie może być przecież różne.

Nazwa zaś „porażenie dziecięce“ budzi pewne zastrzeżenia z tego powodu, że chociaż choroba przede wszystkim pojawia się u dzieci, zwłaszcza małych, to jednak dość często spotykamy ją i u ludzi dorosłych w wieku pomiędzy 20 a 30 rokiem życia.

HISTORIA

Wzmiankę o nagminnym występowaniu porażeń dziecięcych spotykamy poraz pierwszy w monografii Heine'go z Cannstadtu, w roku 1840.

Epidemie nagminnych porażeń dziecięcych spostrzegano w końcu ubiegłego stulecia w północnych okolicach Norwegii i Szwecji.

Jedną z takich epidemii spostrzegał lekarz Medin w Sztokholmie, a następnie spostrzeżenia swe zreferował w roku 1890 na X Kongresie Międzynarodowym w Berlinie.

Spostrzeżenia te pozwoliły na ostateczne ustalenie nagminnego charakteru schorzenia oraz na statystyczne ujęcie epidemii, jakie od tego czasu pojawiły się w Norwegii, Ameryce, we Włoszech, Austrii, Niemczech, Anglii i w Związku Radzieckim.

ETIOLOGIA

Czynnikiem wywołującym cierpienie ma być zarazek przesączalny, opisany przez Landsteinera i Levaditiego w 1909 roku.

Landsteiner i Poper przeszczepiali chorobę na małpy niższego rzędu przez dootrzewnowe wstrzykiwanie kawałków zakażonego rdzenia.

Wydzielina z nosa i gardzieli chorych wstrzyknięta małpie wywołuje typowe schorzenie, zaś przeszczepianie tkanki rdzeniowej małpy zakażonej wywołuje takie samo ostre zapalenie rogów przednich rdzenia.

W 1928/1929 roku Krueger i Schultz stwierdzili, że zarazek porażenia dziecięcego nagminnego przechowywany w 50%-ym roztworze glicerolu (gliceryny) nie traci swych cech chorobotwórczych w ciągu pięciu lat.

Zarazek należy do najmniejszych znanych nam drobnoustrojów, gdyż, jak stwierdzają Elford i Galloway w 1935 roku, mierzy on od 8 do 10 mikronów.

Jest bardzo wrażliwy na podwyższoną ciepłotę, ale oporny na temperatury niższe, z czym zresztą wiąże się spostrzeżenie, iż epidemie nagminnego porażenia dziecięcego nasilają się pod koniec lata i na jesieni, zaś pozostają w stanie utajonym podczas zimnej pory roku.

Zarazek znajdujący się w wodzie lub mleku, może przetrwać przez okres miesiąca.

Zarazek wykazuje wybitne powinowactwo do tkanki nerwowej i jest chorobotwórczy dla niewielu gatunków ssaków (człowiek, małpa).

W czasie epidemii stwierdza się obecność zarazków w wydzielinie błon śluzowych nosa i jamy ustnej ludzi chorych, jak również ludzi zdrowych, którzy stykali się z chorymi na zapalenie rogów przednich rdzenia.

EPIDEMIOLOGIA

Na szerzenie się epidemii nie mają wpływu złe warunki higieniczne, ani gęstość zaludnienia, podobnie jak nie ma wpływu szerokość geograficzna, natomiast stwierdza się wyraźnie szerzenie się epidemii wzdłuż dróg komunikacyjnych, chociaż więcej przypadków stwierdza się nie w miastach, lecz po wsiach, przy czym obszar, na którym niegdyś panowała już silniejsza epidemia przy ponownym jej wybuchu wydaje się być oszczędzany.

Niekiedy epidemia nagminnego porażenia dziecięcego zajmuje jedynie pewne dzielnice miasta, lub nawet tylko pewne ulice.

Epidemia nagminnego porażenia dziecięcego rzadko szerzy się drogą zakażenia bezpośredniego, przez styczność z chorym człowiekiem, najczęściej zaś szerzy się drogą kontaktu z nosicielem zarazków ,drogą zakażenia pośredniego poprzez wodę, mleko, zakażone przedmioty, owady lub osoby, które uprzednio stykały się z osobami chorymi.

Szerzenie się zatem epidemii nagminnego porażenia dziecięcego spostrzegamy w mieszkaniach, szkołach, oddziałach szpitalnych itp.

Okres wylęgania choroby według Wickmanna i Levaditiego trwa od 1 do 4 dni, według Zaparta od 8 do 10 dni.

Niektórzy podają ten okres od 3 do 14 dni. Średnio 9—12 dni.

Dalsze spostrzeżenia z epidemiologii nagminnego porażenia dziecięcego stwierdzają, że osobnik, u którego choroba znajduje się w okresie wylęgania, sam może już być nowym źródłem zakażenia.

Pomimo to jednak można powiedzieć, że nagminne porażenie dziecięce jest chorobą mało zaraźliwą i trudnoprzenośną, gdyż rzadko spostrzega się równoczesne zachorowanie kilku osób w tym samym domu lub w tej samej rodzinie.

Po przebyciu choroby osobnik jest odporny na ponowne zachorowanie, dzięki istnieniu w surowicy jego krwi ciał odpornościowych.

Poza surowicą krwi przeciwciała znajdują się również i w płynie mózgowo - rdzeniowym podczas pierwszych dwu miesięcy choroby.

PATOGENEZA

Najwięcej zakażeń przypada na miesiące letnie i jesienne.

Płeć dzieci nie wywiera wpływu na częstość schorzenia, natomiast u dorosłych choroba atakuje o wiele częściej mężczyzn.

Nie spostrzegano ani jednego przypadku zakażenia wewnątrzmacicznego.

Wrotami wtargnięcia dla zarazka są nos i gardło, górne drogi oddechowe lub przewód pokarmowy.

Zarazek przedostaje się poprzez błonę śluzową do przestrzeni chłonnych, otaczających naczynia krwionośne ośrodkowego układu nerwowego i drogą układu chłonnego szerzy się w ustroju wzdłuż włókien nerwowych.

Usadawia się w substancji szarej rdzenia kręgowego (w rogach przednich), rdzenia przedłużonego, mózgowia i zwojów grzbietowych, gdzie stwierdza się charakterystyczne zmiany chorobowe (neuronophagia i nacieki około naczyń krwionośnych).

Zarazek wydalany jest z ustroju wraz z wydzieliną błony śluzowej jamy nosowo-gardzielowej i śliną oraz z wydzielinami przewodu pokarmowego.

Stwierdzono, że na 19 dni przed wystąpieniem pierwszych porażeń można wykryć w kale obecność zarazka porażenia dziecięcego.

Stwierdzono również, że wstrzykiwanie zagęszczonych popłuczyn z nosogardzieli ludzi chorych — małpom wywoływało u nich zapalenie rogów przednich rdzenia.

Wreszcie stwierdzono, że w pierwszych dniach choroby liczba zarazków w nosogardzieli jest większa, aniżeli w dniach późniejszych.

Uraz, przeziębienie, wysiłki mięśniowe, czasem okres ząbkowania mogą sprzyjać występowaniu schorzenia.

ANATOMIA PATOLOGICZNA

Najczęściej spostrzegamy zmiany chorobowe w rdzeniu kręgowym, który w miejscach odpowiadających sprawie zapalnej jest nieco obrzmiały, a na przekroju żywo czerwony.

Już gołym okiem możemy rozpoznać na poprzecznym przekroju rdzenia, w okresie ostrym, ogniska rozmiękczenia zapalnego w rogach przednich. Tkanka rdzeniowa jest w tych miejscach silnie przekrwiona, gdzieniegdzie występują nawet wybroczyny krwawe.

PRZEBIEG CHOROBY I OBJAWY

W przebiegu cierpienia rozróżniamy cztery okresy.

I okres. W chwili, kiedy zarazek dotarł do układu nerwowego występują objawy okresu zwiastunów. Te wstępne r ó ż n o r o d n e objawy mogą minąć niepostrzeżenie, i trudno dopatrzeć się związku z występującymi później objawami, zależnymi od umiejscowienia zmian w ośrodkowym układzie nerwowym.

Choroba rozpoczyna się nagle. U zdrowego dotąd dziecka ciepłota podnosi się do 39—40° przy ogólnym niedomaganiu, tętno ulega znacznemu przyspieszeniu ,niekiedy pojawiają się wymioty, spostrzega się częściową utratę świadomości, nierzadko bredzenie, czasem senność przy zachowanej przytomności. Jednocześnie zjawiają się obfite poty. Żrenice są zwężone, czasem widzimy lekki zez.

Dziecko nie pozwala się dotknąć ze względu na przeczulicę skóry, co jest objawem najbardziej typowym; krzyczy przy każdym dotknięciu, przy ruchach biernych kończyn i tułowia, przy ucisku na mięśnie lub pnie nerwowe. Charakterystycznym ma być również ból w plecach oraz pewna bolesna sztywność karku z objawami podrażnienia opon mózgowych (dodatni objaw Kerniga, Brudzińskiego).

Czasem w okresie zwiastunów spostrzega się inne objawy, na przykład obok gorączki — anginę, nieżyt gardzieli lub zapalenie oskrzeli, ewentualnie zaburzenia żołądkowo-jelitowe w postaci utraty apetytu, biegunki i wymiotów.

Okres zwiastunów może trwać od 24 godzin do 3—4 dni.

Po okresie zwiastunów pojawia się okres zacisza, nazywany często okresem utajonym, trwający od 1 do 3 dni, w którym chory nie zdradza żadnych objawów chorobowych. Ciepłota spada do normy.

Okres II.

Następnie pojawia się okres zajęcia układu nerwowego pod postacią „meningoencephalomyelitis", w którym przewagę zyskują objawy oponowe, a potem, po krótkim okresie przedporażennym, w którym ciepłota osiąga swe maksimum, występuje okres porażeń właściwych.

Pojawiające się porażenia mogą osiągnąć swój szczyt w ciągu paru godzin, czasem zaś pojawiają się stopniowo, zaczynając się od częściowego niedowładu, przechodzącego później w całkowity bezwład rozległych układów mięśniowych, częściej jednej kończyny, rzadziej dwu,

trzech lub nawet wszystkich kończyn *(monoplegia, hemiplegia, paraplegia superior, triplegia, paraplegia inferior, tetraplegia)*.

Mięśnie na porażonych kończynach są zupełnie wiotkie ,zaś odruchy ścięgnowe w obrębie porażeń zwykle zniesione lub wybitnie osłabione.

Niekiedy występują ruchy pląsawicze.

Czasem porażenia poprzedzane są drgawkami i kurczami odpowiednich mięśni lub grup mięśniowych.

W okresie porażeń spostrzegamy spadek ciepłoty ciała, po zupełnym spadku ciepłoty nowe porażenia nie pojawiają się już.

Jeżeli chodzi o częstość występowania porażeń, to najczęściej dotyczą one kończyn dolnych, rzadziej mięśni tułowia, a najrzadziej kończyn górnych.

Na kończynach dolnych najczęściej ulega porażeniu mięsień czworogłowy uda i piszczelowy przedni.

Na kończynach górnych — najczęściej mięsień barkowy, rzadziej grupa mięśni zginaczy i mięśni odwracających.

W niektórych przypadkach spostrzegamy porażenia przepony jedno- lub obustronne, albo mięśni międzyżebrowych, ewentualnie mięśni brzusznych, co charakteryzuje się balonowatym wzdęciem brzucha, przypominającym przepuklinę.

Bardzo rzadko zmiany chorobowe umiejscawiają się w dolnych odcinkach rdzenia, powodując zaburzenia w oddawaniu moczu i kału.

OKRES III — to okres cofania się porażeń.

Porażenia, które zwykle szybko osiągają swój szczyt, nie trwają w tym stanie zbyt długo. Czasem już po kilku dniach zaczynają się zmniejszać. Okres cofania się porażeń trwa kilka tygodni. Powracają ruchy mięśni, mięśnie twardnieją i zjawia się w nich napowrót pobudliwość elektryczna. Ustępują również objawy ogólne. Jednakże postępująca poprawa nie dotyczy wszystkich grup mięśniowych. W niektórych z nich pozostają porażenia wiotkie i zanikowe z utratą odruchów ścięgnowych, z zanikiem mięśni, w których występują zmiany pobudliwości elektrycznej w postaci odczynu zwyrodnienia w mięśniach zupełnie porażonych, zaś w postaci obniżenia pobudliwości elektrycznej w mięśniach, w których czynność zaczyna powracać. Te zmiany pobudliwości elektrycznej są pierwszymi zwistunami „zaniku w mięśniach porażonych".

W miejsce zanikającej tkanki mięśniowej może rozwinąć się, utrudniająca rozpoznanie zaniku, podskórna tkanka tłuszczowa.

Okres cofania się porażeń trwa od 1—1½ roku.

OKRES IV. Następnie nadchodzi IV okres — o k r e s z a n i k u p r z e w l e k ł e g o.

Postępującym zanikom mięśniowym towarzyszy ścieńczenie i zanik kości. Kończyny chudną, wykazują niską ciepłotę, grupy mięśniowe wykazują zniesienie pobudliwości elektrycznej, zarówno faradycznej, jak i galwanicznej, oraz całkowity odczyn zwyrodnienia. Wzrost kości zostaje zahamowany (nie spostrzegamy tego u dorosłych); dziecko staje się kaleką z „martwą", „suchą" kończyną.

Nierzadko spostrzega się zesztywnienie stawów lub znaczne ograniczenie ich ruchomości, rozwijają się przykurcze i zniekształcenia na skutek działania antagonistycznego grup mięśniowych (np. stopa szpotawa, końska, stawy cepowe).

Opisany obraz dotyczy najczęstszej klasycznej postaci nagminnego porażenia dziecięcego, tzw. p o s t a c i r d z e n i o w e j lub poliomielitycznej..

ROZPOZNANIE

Rozpoznanie w okresie zwiastunów jest trudne, chociaż w tym okresie powinny zwracać naszą uwagę objawy takie, jak o b f i t e p o t y i p r z e c z u l i c a s k ó r y, b ó l e i s z t y w n o ś ć k a r k u i k r ę g o s ł u p a, d r ż e n i e k o ń c z y n — przy zachowanej świadomości.

Ustalenie rozpoznania w tym właśnie okresie posiada szczególnie ważne znaczenie dla chorego, gdyż p o d a n i e c h o r e m u w o k r e s i e z w i a s t u n ó w, a przed wystąpieniem porażeń, s u r o w i c y o z d r o w i e ń c ó w — hamuje rozwój cierpienia.

W okresie panującej epidemii trafne i wczesne ustalenie rozpoznania jest bardziej prawdopodobne.

ROKOWANIE

Rokowanie jest zmienne w różnych epidemiach, różne co do utrzymania chorego przy życiu i co do trwałego wyleczenia.

Śmiertelność jest odwrotnie proporcjonalna do liczby rozpoznanych przypadków, dochodzi ona od 6 do 12%, a nawet w niektórych epidemiach do 16%, zwłaszcza niebezpieczne są: postać piorunująca i postać Landy'ego.

Rokowanie jest tym gorsze im dziecko jest starsze, gdyż śmiertelność większa jest u dzieci starszych i u osób dorosłych.

Liczba przypadków z całkowitym wyleczeniem nie przekracza 15%.

W przypadkach pojawiających się sporadycznie rokowanie co do życia jest prawie zawsze pomyślne.

W czasie epidemii pojawiają się również przypadki poronne, które nie pozostawiają żadnych śladów przebytego cierpienia.

Jeżeli choroba występuje bezpośrednio po usunięciu migdałów podniebiennych, to wykazuje skłonność do umiejscowienia się w opuszce, dlatego też laryngolodzy amerykańscy chętniej usuwają migdałki w miesiącu maju i czerwcu ,ażeby uniknąć okresu nasilenia się epidemii nagminnego porażenia dziecięcego.

Współistnienie innej choroby układu nerwowego usposabia do cięższego przebiegu porażenia dziecięcego.

Podkreślić wreszcie należy doniosłość stanu psychicznego chorego w przebiegu choroby, gdyż dobry, pogodny nastrój sprzyja ustępowaniu zmian chorobowych.

ZAPOBIEGANIE

Najważniejszym momentem zapobiegawczym jest natychmiastowe zgłaszanie wszystkich przypadków zachorowań na nagminne porażenie dziecięce, co pozwala władzom sanitarnym na wydanie odpowiednich zarządzeń ochronnych.

Dalszym środkiem zapobiegawczym jest odosobnienie chorych, ustalenie źródła zakażenia, zwłaszcza w pierwszych przypadkach epidemii, umożliwia to wykrycie nosicieli choroby i ich izolowanie.

Następnym środkiem zapobiegawczym jest przestrzeganie zasad higieny osobistej, szczególnie zaś higieny nosa i gardła.

W ogniskach epidemii porażenia dziecięcego stosuje się u dzieci w celach zapobiegawczych surowicę ozdrowieńców (10—20 ml domięśniowo) lub nawet normalną surowicę osób dorosłych (20—30 ml domięśniowo).

Do ogólnych środków zapobiegawczych dla osób, które były w styczności z chorymi, należy: płukanie jamy ustnej wodą utlenioną, zachowanie czystości jamy ustnej, czystości rąk, jedzenia i ubrania.

Dzieci nie powinny się całować, używać wspólnych chustek do nosa, wspólnych ręczników lub naczyń.

W epidemiach ciężkich należy zamykać szkoły.

LECZENIE

Chory musi być oczywiście odosobniony, ażeby zabezpieczyć innych ludzi przed zakażaniem. Odosobnienie powinno trwać od 3 do 4 tygodni.

W okresie ostrym należy zapewnić choremu całkowity spokój. Z ogólnych środków leczniczych stosuje się środki napotne w postaci gorących zawijań, dożylne wstrzykiwania urotropiny lub podawanie jej doustnie, wreszcie podawanie przetworów salicylanu sodu. (W niektórych przypadkach stosowano nacieranie karku szarą maścią, podawano trypaflawinę lub preparaty jodu-rozczyn Pregla).

W okresie epidemii stosuje się leczenie surowicą ozdrowieńców od czasów Nettera z roku 1911, zawierającą swoiste niweczniki, jednakże surowica ta musi być podana wcześnie, tzn. w okresie przedporażennym, o ile leczenie ma być skuteczne.

Zwykle surowicę wstrzykuje się domięśniowo, chociaż można podawać ją podskórnie lub dożylnie, a nawet dordzeniowo. Dawka dzienna surowicy wynosi od 8 do 10 ml, dawka ogólna od 60 do 70 ml. Sterling radzi podawać 20 ml surowicy dokanałowo, a następnie domięśniowo do 100 ml.

Istnieje również swoista surowica odpornościowa końska *(Rosenow)* pochodząca od koni uodpornionych za pomocą wyodrębnionego przez Rosenowa paciorkowca oraz swoista surowica odpornościowa, pochodząca od koni uodpornionych zjadliwą tkanką nerwową (rdzenia i opuszki) małp, zakażonych doświadczalnie *(Pettit)*.

Częściej uciekamy się w praktyce do wstrzykiwania surowicy matek chorych dzieci, lub też do wstrzykiwań krwi obojga rodziców po 20 ml domięśniowo.

Sherman wprowadził do leczenia przetaczanie krwi ozdrowieńców lub osób z otoczenia chorych.

Odciążającym zabiegiem w przebiegu nagminnego porażenia dziecięcego są nakłucia lędźwiowe, połączone z podawaniem hipertonicznego roztworu Ringera.

Przeczulicę skóry zwalczamy letnimi zawijaniami lub gorącymi kąpielami.

Antybiotyki nie posiadają żadnego wpływu na przebieg choroby.

W okresie wznawiania się czynności mięśni wskazane są masaże i lekka gimnastyka, początkowo w postaci lekkich ruchów biernych, potem czynnych, a następnie gimnastyka lecznicza i elektrolecznictwo, łączone z ciepłymi kąpielami. Do leczenia elektrycznością można przystąpić po 2—3 tygodniach. Używa się w tym celu prądu stałego: biegun ujemny kładzie się na kręgosłup w miejscu przypuszczalnego umiejscowienia się sprawy zapalnej, biegun dodatni umieszczamy na mięśniach. Prąd powinien być niezbyt silny od 1 do 3 mA, czas zabiegu od 5 do 10 minut, w okresach początkowych codziennie, a potem przez długi czas trzy razy tygodniowo.

Dla usunięcia zniekształceń stawów i przykurczów stosuje się odpowiednie przyrządy ortopedyczne.

W okresach końcowych pożyteczne są kąpiele błotne, borowinowe.

Zmiany utrwalone wymagają zabiegów chirurgicznych, a właściwie chirurgiczno-ortopedycznych (przedłużania ścięgien, przeszczepianie ścięgien, łączenie ścięgien zdrowego mięśnia ze ścięgnami mięśni porażonych — metoda Micoladoniego, przeszczepienie chorego ścięgna do zdrowego — metoda Drobnika itd.).

Jedna z metod leczenia ortopedycznego jest tzw. neuroplastyka, czyli przeszczepianie nerwu zdrowego do porażonego, bądź też operacyjne usztywnienie stawów tzw. *artrodeza*, wykonywana najczęściej na stawach ramieniowych kolanowych lub skokowych.

W postaciach opuszkowych, połączonych z zaburzeniami oddechowymi uciekamy się do umieszczania chorego w specjalnym aparacie w rodzaju skrzyni oddechowej (tzw. „żelazne płuca“ — *aparat Drinkera i Shawa)* czasem w połączeniu ze stosowaniem kurary i wyższego ciśnienia.

W ostatnich czasach stosuje się sztuczne oddychanie za pomocą rytmicznego drażnienia elektrycznością nerwu przeponowego (jednostronnie) poprzez skórę; elektrodę przykłada się w punkach przebiegu nerwu przeponowego na szyi.

Tego rodzaju zabiegi (żelazne płuca, oddychanie elektroprzeponowe) pozwalają na przeprowadzenie chorego poprzez niebezpieczny okres choroby do chwili ustąpienia porażeń.

Stanisław Bober

Pielęgnowanie w chorobie Heine Medina

PIELĘGNIARKI opiekujące się dziećmi chorymi na paraliż dziecięcy powinny zdawać sobie dokładnie sprawę z istoty i charakteru tej choroby oraz znać zasady różnych metod leczenia.

Artykuł niniejszy nie ma na celu szczegółowego opisywania zabiegów pielęgniarskich, lecz podkreśla wybitne znaczenie opieki pielęgniarskiej w całokształcie leczenia tej choroby.

Jednym z najważniejszych obowiązków pielęgniarki jest baczna i dokładna *obserwacja*, która nie powinna ograniczać się do notowania objawów choroby, lecz obejmować również uczuciowe reakcje pacjentów. Bystry wzrok, subtelny słuch i delikatny dotyk pielęgniarki — stanowią w tym schorzeniu zalety wprost nieocenione.

W razie wybuchu epidemii paraliżu dziecięcego, zwłaszcza pielęgniarki społeczne mają wiele sposobności, by spostrzec pierwsze objawy chorobowe, które mogą nasuwać podejrzenie na paraliż dziecięcy. A wczesne rozpoznanie i wczesne rozpoczęcie leczenia — to czynniki rozstrzygające o pomyślnym przebiegu choroby. Bez wczesnego i niepotrzebnego niepokojenia matki, pielęgniarka po spostrzeżeniu objawów chorobowych powinna zalecić natychmiastowe położenie dziecka do łóżka i we-

żwać lekarza. Pielęgniarka powinna udzielić wskazówek, w jaki sposób przewieźć dziecko do szpitala, by oszczędzić mu zmęczenia i uchronić je od wstrząsów w czasie transportu, a nadto wpłynąć uspakająco na rodziców oraz pouczyć, jakie środki ostrożności należy przedsięwziąć wobec dzieci pozostałych w domu.

NADWRAŻLIWOŚĆ CHOREGO DZIECKA

Trzeba sobie zdawać sprawę, że paraliż dziecięcy jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego i że u dzieci, dotkniętych tą chorobą, występują objawy natury psychicznej, jak niepokój i nadwrażliwość. Dziecko rozłączone z rodzicami wymaga w tych okolicznościach szczególnej delikatności i zainteresowania ze strony pielęgniarki, która musi umieć zdobyć jego sympatię i zaufanie. Ma to ogromny wpływ na pomyślne prowadzenie leczenia. Może w żadnej innej chorobie delikatne obchodzenie się, a nawet specjalna serdeczność ze strony pielęgniarki, nie jest tak ważne, jak właśnie w paraliżu dziecięcym. Każda nagła choroba wywołuje przygnębienie i wzbudza niepokój, lecz w przypadku paraliżu dziecięcego, zwłaszcza u dzieci starszych, przyłącza się jeszcze obawa kalectwa. Dzieci w tej chorobie zazwyczaj trudne do pielęgnowania, sprzeciwiają się stosowaniu koniecznych zabiegów, nie chcą zachowywać bezwzględnego spokoju, grymaszą, wysuwają nierozsądne żądania i kapryszą. Jeśli jednak pielęgniarka wie, że są to właśnie objawy tej choroby, że dziecko tak właśnie reaguje, łatwiej znajdzie właściwy sposób postępowania. Wielką pomoc dla pielęgniarki szpitalnej stanowić może współpraca z pielęgniarką społeczną, która zna domowe warunki dziecka.

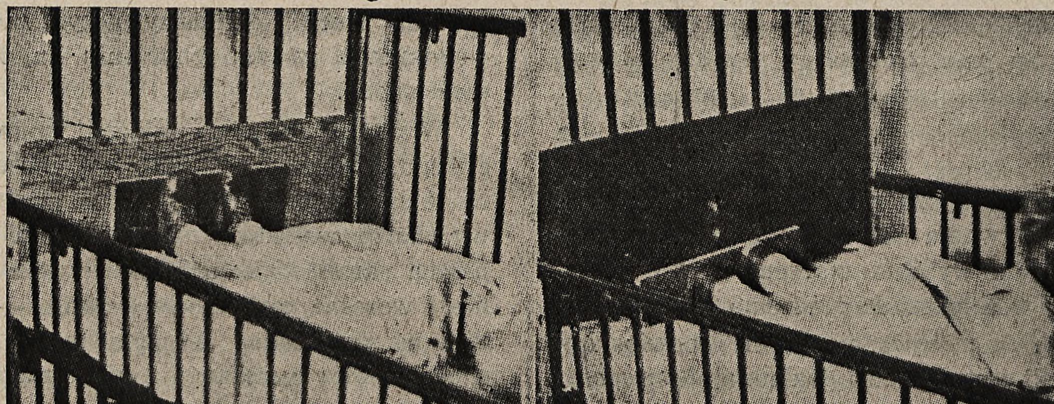
W OSTRYM OKRESIE CHOROBY

W ostrym okresie choroby pielęgniarka powinna przede wszystkim dokładnie obserwować tętno, oddech, zmianę głosu, trudności mowy i przełykania, skurcze mięśni twarzy, ilość płynów przyjętych i wydalonych, wypróżnienia, ograniczenia w oddawaniu lub zatrzymaniu moczu, bezsenność, niepokój i oddziaływanie na podawane leki.

Pielęgnowanie dzieci chorych na paraliż dziecięcy opiera się oczywiście na ogólnych zasadach pielęgnowania, jednakże specjalny nacisk należy położyć na stałe zwracanie uwagi na czynniki zewnętrzne, jak utrzymanie świeżego powietrza, zapewnienie ciszy i spokoju, unikanie ostrego światła, przeciągu itp.

Zręczność i delikatność ruchów przy wszystkich zabiegach u dzieci chorych na paraliż dziecięcy są niezmiernie ważne, gdyż chorobie tej towarzyszą bardzo silne b ó l e m i ę ś n i. Po kąpieli lub myciu należy osuszać ciało przez delikatne, łagodne przyciskanie miękkiego ręcznika, nie zaś przez szybkie wycieranie.

Trzeba koniecznie zmieniać często pozycję chorego, jednak przy przewracaniu na boki należy unikać skrętów ciała, lecz obracać cały tułów i jednocześnie podkładać ręce pod stawy kończyn. Często, chociaż chory nie ma wcale



Oparcie dla nóg przy paraliżu dziecięcym w celu utrzymania właściwego ustawienia. Dzieciom do lat 7 nakłada się na nóżki obuwie, które zapobiega kurczeniu się palców.

porażeń, to jednak wskutek wadliwego ułożenia występują skurcze mięśni. Wygodne ułożenie chorego zapobiega występowaniu tych skurczów. Nawet najmłodsze dzieci można łatwo nauczyć leżenia w zupełnym spoczynku, tj. z rozluźnionymi mięśniami, w stanie zupełnego bezwładu. Odpowiednie ułożenie chorego, jak również przestrzeganie zaleconych okresów całkowitego wypoczynku, względnie dowolnych ruchów jest rzeczą bardzo ważną przy pielęgnowaniu chorych na paraliż dziecięcy.

OKRES REKONWALESCENCJI

W okresie rekonwalescencji, gdy dzieci na skutek osłabienia mięśni jeszcze przez długie miesiące pozostają w szpitalu, rola pielęgniarki nie zmniejsza się wcale. Dzieci fizycznie czują się już lepiej, lecz zdradzają wielkie znużenie i znudzenie. Należy więc tak rozplanować dzień, aby czas wolny od zabiegów leczniczych wykorzystywać na zajęcia, które pobudzają zainteresowanie dziecka, przyciągają jego uwagę i przyczynią się do rozwoju jego umysłu. W dalszym ciągu pielęgniarka musi stale czuwać nad pozycją dziecka, aby utrwalać rezultaty terapii fizykalnej, stosowanej w tym okresie.

DZIECKO PO POWROCIE DO DOMU

Wszystkie wyniki leczenia szpitalnego można zniweczyć, o ile nie zapewnimy dziecku należytej opieki po powrocie do domu. Na pierwszy plan wysuwa się tu rola pielęgniarki społecznej. Do jej obowiązków należy: pouczanie rodziców jak postępować z dzieckiem, by nie ucierpiało pod względem fizycznym ani psychicznym, nadzór nad higieną domowego środowiska, rozplanowanie dnia dziecka aby uchronić je od przemęczenia i ogólne dostosowanie warunków domowych do potrzeb dziecka w okresie rekonwalescencji.

J. T.

Dr EUSTACHY BIAŁOBORSKI

INSTYTUT BADAWCZY TYFUSU PLAMISTEGO

Czytaliśmy niedawno o interesujących odkryciach radzieckiego uczonego profesora weterynarii, Bosziana. Uczony ten wykazał, że zarazki różnych chorób (między innymi tyfusu plamistego) mogą przechodzić z formy drobnoustroju, czyli żyjącej komórki, w formę wirusa poprzez formę krystalicznego białka i odwrotnie.

Rezultaty, otrzymane przez uczonego radzieckiego, rzucają nowe światło na istotę bakterii oraz na rozgraniczenie materii żywej od nieożywionej.

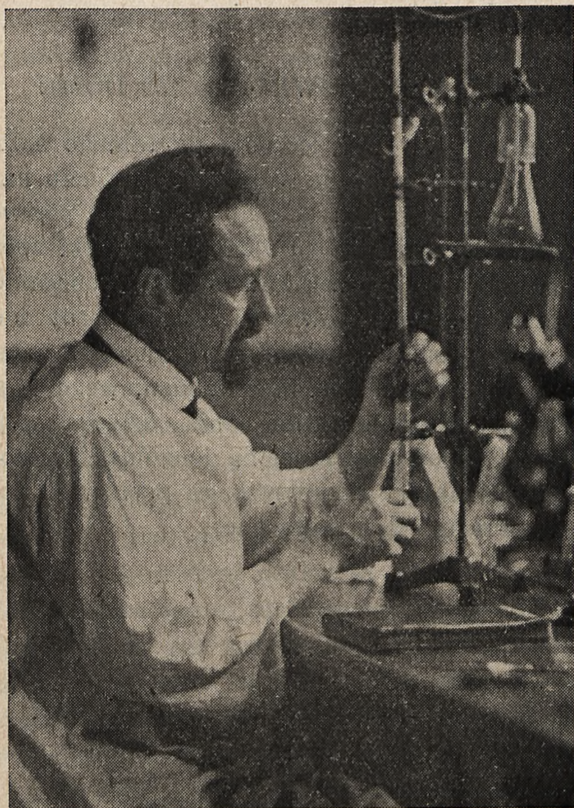
W związku z tym warto spojrzeć wstecz, aby zorientować się, co na podobnym polu zdziałała dotąd i działa — nauka polska.

W Krakowie, przy ul. Sebastiana 6, mieści się interesująca placówka naukowa — Instytut Badawczy Tyfusu Plamistego dr Rudolfa WEIGLA, profesora biologii na Uniwersytecie Poznańskim.

Dzięki pracom prof. Weigla, nauka polska odegrała olbrzymią rolę w ciągu ostatnich czterdziestu lat w dziele badania i zwalczania tyfusu plamistego. Rezultaty tych badań przyniosły ludzkości możliwość zabezpieczenia się przed poważną chorobą i uratowały życie i zdrowie milionom ludzi, zwłaszcza podczas ostatniej wojny.

Zarazek tyfusu został odkryty w r. 1909 przez Rickettsa i Wildera. Inny badacz, Nicolle, wykazał, że roznosicielem zarazka jest wesz odzieżowa. Za to odkrycie Nicolle otrzymał w swoim czasie nagrodę Nobla.

Przed pierwszą wojną światową badania utknęły na martwym punkcie, gdyż uczeni, jeden po drugim padali ofiarą zarazy. Zginęli Ricketts, Prowazek, Weil i wiele innych wy-



Dr Rudolf Weigl

bitnych badaczy. Poza tym okazało się, że w jelicie wszy, gdzie krzewi się zarazek tyfusu plamistego, wzrasta i rozwija się kilka innych drobnoustrojów nie dających się odróżnić od zarazka właściwego.

Z LABORATORIUM W PLECAKU

Gdy podczas pierwszej wojny światowej wśród walczących armii wybuchła ogromna epidemia tyfusu plamistego, dr Rudolf WEIGL, wówczas docent Uniwersytetu Lwowskiego, podjął się ciężkiego i niebezpiecznego zadania — wykrycia i zbadania przyczyny epidemii i znalezienia środków zaradczych.

Bez pomocy, sam jeden, przebywał nieraz dziesiątki kilometrów pieszo, z podręcznym laboratorium bakteriologicznym w plecaku, prowadząc w różnych miejscach badania i studia, aż wreszcie sam zaraził się durem plamistym. Przebywszy go szczęśliwie, zdołał dalszą, żmudną pracą ustalić metodę, która doprowadziła przede wszystkim do zidentyfikowania zarazka.

Normalnie wesz zaraża się tyfusem, ssąc krew człowieka chorego na tę chorobę. Wesz zdrowa nie zarazi się nigdy od wszy chorej. Stwierdził to Weigl w tysiącach prób i doświadczeń. Ponieważ siedzibą zarazków jest jelito chorej wszy, Weigl wpadł na pomysł zarażania wszy przy pomocy... mikrolewatywy.

SZTUCZNA HODOWLA CHORYCH WSZY

Weigl był docentem cytologii, czyli nauki o komórkach, i pracując stale przy pomocy mikroskopu i narzędzi mikroskopowych, wykształcił się na prawdziwego mistrza w mikrotechnice. Toteż wypracował niezwłocznie odpowiednie przyrządy, wprowadzając w czyn swój pomysł zarażania wszy drogą analną (przez odbyt). W tym celu wstrzykuje się do jelita zdrowej wszy odpowiednie dawki preparatu, zawierającego zarazki tyfusu, otrzymane z jelit wszy chorych, które zaraziły się od człowieka.

Plan ten powiódł się w zupełności. Powstała sztuczna hodowla wszy zarażonych, co jest równoznaczne z hodowlą zjadliwego zarazka tyfusu plamistego.

W swym Instytucie Badawczym, Weigl zdołał utrzymać ciągłość hodowli w nieskażonej postaci przez przeszło 30 lat. W ten sposób powstał jakby wzorcowy zarazek, będący sprawdzianem dla wielu pracowni bakteriologicznych na całym świecie.

Wkrótce pracownia Weigla stała się celem wędrówek uczonych całego świata, szukających rozwiązania różnych problemów związanych z tyfusem i jego zwalczaniem.

SZCZEPIONKA OCHRONNA

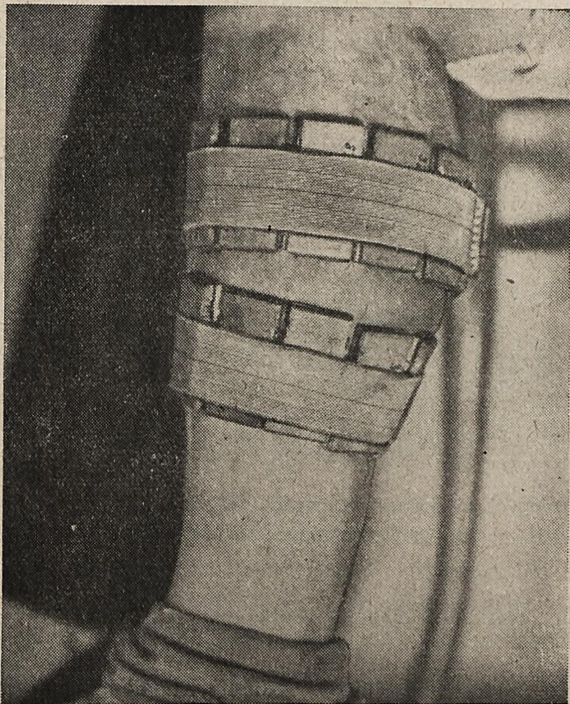
Drugi etap prac Weigla, to wytworzenie szczepionki ochronnej przeciwko tyfusowi plamistemu. Sposób jej wytwarzania wiąże się z hodowlą wszy i jest oparty na następujących zasadach.

W zakładzie Weigla hoduje się przede wszystkim ogromne ilości wszy zdrowych. Wszy przebywają w drewnianych klateczkach, kształtu płaskiego, podłużnego pudełeczka, którego jedna ścianka zrobiona jest z jedwabnej gazy. Pierwsze wszy trzeba było zdobyć przez

zbieranie z ludzi zawszonych... nieraz za zapłatą.

Wszy karmi się krwią ludzką. Odpowiedni zespół karmicieli, mężczyzn i kobiet, raz dziennie, przez 10 do 15 minut, wykonuje tę niemiłą, lecz konieczną pracę w następujący sposób: do skóry, zwykle rąk lub nóg, przykłada się odpowiednią ilość klatek, siatką do skóry; klatki przytrzymuje gumowa opaska. W każdej klatce jest około 500 wszy. Dobry karmiciel, otrzymujący za to stosowną opłatę, karmi naraz około 10.000 wszy.

Wewnątrz klatki znajduje się kawałeczek sukna, na którym dojrzałe wszy składają jajka. Po każdym karmieniu następuje selekcja okazów lepiej rozwiniętych od słabszych. Z jajek lęgnie się niebawem nowe pokolenie, podczas gdy stare wszy wędrują do innego działu pracowni, gdzie następuje zakażenie przez specjalny personel („strzykacze"), którzy zarazem karmią owe zarażone sztuki.



Noga karmiciela obłożona klatkami.

Od karmienia do karmienia — wszy przebywają w cieplarkach elektrycznych w temperaturze 37 stopni. Po kilku dniach choroby zarażone wszy czerwienieją.

W tym stadium większa część chorych wszy zostaje zabita przez włożenie do roztworu fenolu. Wraz z wszami giną też zarazki, rozmnożone w ogromnych ilościach w ich jelitach. Z wszy martwych wyjmuje się lancetem w drodze operacyjnej pod powiększającym binokularem jelitka wypełnione zarazkami. Dzieje się to w pracowni, zwanej „preparatornią". Z owych jelitek wytwarza się właśnie szczepionkę przeciwtyfusową dla ludzi.

Pozostała mniejsza część chorych wszy służy do wytwarzania materiału zakaźnego dla zarażania nowych pokoleń zdrowych wszy. Materiał ten uzyskuje się przez wyjęcie z żywych wszy jelit wraz z żywymi zarazkami.

S z c z e p i o n k a d l a l u d z i z r o b i o n a j e s t w i ę c z z a r a z k ó w m a r t w y c h. Dzieje się to odmiennie niż przy innych szczepionkach, np. krowianka przeciw ospie zawiera zarazki żywe, lecz jedynie osłabione.

SZCZEPIONKA NIE LECZY, LECZ ZAPOBIEGA

Należy podkreślić, że szczepionka Weigla nie jest lekarstwem przeciw tyfusowi plamistemu dla człowieka chorego już na tę chorobę, lecz jedynie środkiem zabezpieczającym. Znaczy to, że przez zaszczepienie odpowiedniej porcji szczepionki uodpornia się organizm ludzki przeciwko zarażeniu.

Zastrzyki, zwykle w liczbie trzech, dokonuje się podskórnie. Po zastrzykach pacjent przechorowuje tyfus w bardzo lekkim stopniu i to sprawia, że organizm wytwarza we krwi „przeciwciała", które w wypadku zarażenia się zarazkiem złośliwym powodują jego unieszkodliwienie.

Człowiek nie zaraża się tyfusem plamistym skutkiem ukąszenia przez zarażoną wesz, ponieważ ssawka i ślina wszy nie zawierają w sobie zarazków. Chora wesz pozostawia natomiast na skórze i bieliźnie człowieka swój kał, który zawiera olbrzymie ilości zarazków. Ukąszenie otwiera drogę do krwi. Człowiek, drapiąc się w ukąszone a swędzące miejsce, wciera kał wszy w uszkodzoną skórę i w ten sposób wprowadza zarazki do krwi.

DZIĘKI INSTYTUTOWI WEIGLA

Szczepionka przeciwtyfusowa zabezpiecza zatem przed zarażeniem się. Podczas ostatniej wojny dzięki szczepieniom ochronnym setki

tysięcy ludzi uchroniło się przed epidemią tyfusu.

Można rzec śmiało, że rozwój badań nad tyfusem plamistym we wszystkich pracowniach bakteriologicznych świata zawdzięczać można jedynie gremialnym szczepieniom lekarzy i badaczy szczepionką Weigla.

Obecnie zarówno lekarz leczący chorego, czy zwalczający epidemię tyfusu, jak i uczony, pracujący w laboratorium nad materiałem zakażonym nie obawiają się tragicznych skutków, jakie dawniej praca taka niezawodnie sprowadzała na ludzi niezabezpieczonych szczepieniem ochronnym.

W tym tkwi właśnie ogromna zasługa Weigla i jego Instytutu.

W roku 1940 Weigl na zaproszenie rządu radzieckiego bawił w Moskwie, gdzie zaznajomił tamtejszych bakterio- i epidemiologów ze swoją metodą wytwarzania szczepionki i zwalczania tyfusu.

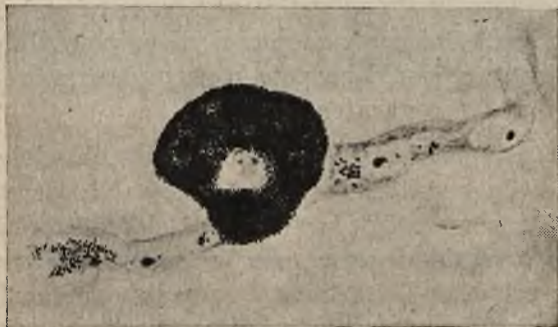
Uczeń i asystent Weigla, dr Mossing, prowadzi do dziś ogromny Instytut Przeciwtyfusowy we Lwowie, założony przez Weigla, a rozbudowany przez władze radzieckie.

Podczas wojny szalała epidemia tyfusu plamistego na terenie ghetta warszawskiego. Z lwowskiego zakładu, stojącego pod kontrolą okupanta, Weigl specjalnymi posłańcami, wysyłał potajemnie swą szczepionkę na ratunek zagrożonym Żydom. Profesor Hirszfeld, znany biolog, w swej książce „Dzieje jednego życia", podnosi niezwykłe zasługi na tym polu prof. Weigla.

Instytut Przeciwtyfusowy Weigla, gdzie u boku profesora pracuje jego długoletnia asystentka, obecnie żona, dr Anna Herzig, jest bez przerwy czynny we wszystkich działach. Wytwarza szczepionkę, a poza tym prowadzi bez przerwy badania naukowe nad zarazkiem tyfusu plamistego. Liczne prace naukowe, jak i cała działalność Weigla rozsławiły szeroko po całym świecie imię i znaczenie polskiej nauki.

Przeszło czterdzieści lat trwa profesor Weigl na swym posterunku w walce o zdrowie szerokich mas. Jego Instytut Badań nad Tyfusem Plamistym — to wybitna placówka polskiej nauki.

E. Białoborski



Nabłonek jelita wszy. Czarna plama — to kolonia zarazków (obraz mikroskopowy).



Wesz rozcięta na dwie części. Czarna plama — to jelito wypełnione zarazkami.

Dr JADWIGA FRUHAUFOWA
Szp. Dziec. im. Karola i Marii
w Warszawie

BŁONICA — DIPHTERIA

BŁONICA, jako jednostka chorobowa, znana była bardzo dawno. Pierwszy jej dokładny opis pochodzi z I wieku ery chrześcijańskiej. Dokonał tego *Aretius z Cappadocji* i dlatego został nazwany „ojcem dyfterytu". Ujęcie obrazu błonicy przez Aretiusa prawie w zupełności odpowiada dzisiejszemu stanowi wiedzy o klinicznych formach dyfterytu, jednakże przez 15 wieków pozostawał w zapomnieniu.

Właściwie aż do 19 wieku nie była błonica sprecyzowana jako jednostka chorobowa, lecz mieściła się w grupie złośliwych angin lub zapaleń górnych dróg oddechowych. Dopiero wielki klinicysta francuski, *P. F. Bretonneau,* w 1826 r. dał dokładny opis kliniczny błonicy gardła i krtani, dlatego też błonica w wielu krajach nosi nazwę choroby Bretonneau. Współcześnie z Bretonneau żył drugi wielki klinicysta — *A. Trousseau;* przyczynił się on do wyjaśnienia wielu szczegółów błonicy i do popularyzacji poglądów Bretonneau.

ODKRYCIE SUROWICY

Odkrycia naukowe 19 i 20 wieku sprawiły, że błonica przestała być chorobą napawającą przerażeniem matki i wywołującą u lekarzy uczucie bezsilności, jak to było do czasu odkrycia surowicy przeciwbłoniczej. Odkrycie tej surowicy musiało być poprzedzone szeregiem innych odkryć, jak np. wynalezieniem mikroskopu (Loevenhoek 17 wiek), co umożliwiło poszukiwanie zarazków chorobotwórczych; odkrycie pałeczki błoniczej, czyli maczugowca błonicy (Loeffler, 1884 r.), co ustaliło czynnik etiologiczny błonicy; odkrycie toksyny błonicznej (Emil Roux i Yersin, 1885 r.), co częściowo wyjaśniło mechanizm działania czynnika chorobotwórczego; odkrycie antytoksyny błoniczej we krwi ozdrowieńców i niektórych zdrowych (Emil Behring, 1892—1893 r.), co z kolei wyjaśniło mechanizm obrony organizmu.

NALOTY DYFTERYTYCZNE

Prace Richet'a (1902 r.) nad anafilaksją i Pirquet'a (1912 r.) nad allergią wyjaśniły szereg zjawisk w przebiegu chorób zakaźnych w ogóle, a w szczególności w przebiegu leczenia surowicą.

Istota sprawy chorobowej w błonicy polega na tworzeniu się błon czyli n a l o t ó w dyfterytycznych w miejscu, gdzie wtargnął, żyje i rozmnaża się zarazek dyfterytu, tj. *prątek Loefflera,* czyli *maczugowiec błonicy.* Prątek w miejscu tym produkuje toksynę, która drogą krwi dostaje się do wszystkich tkanek organizmu. Najczęściej zarazek dyfterytyczny osiedla się na migdałkach w jamie ustnej (błonica migdałków — *angina diphterica),* rzadziej na śluzówce krtani i tchawicy (dławiec, croup), czasem na migdałkach w krtani i tchawicy (angino-croup), czasem znów na śluzówkach jamy nosowej (błonica nosa), na spojówkach oka (błonicze zapalenie spojówek), na śluzówce zewnętrznych dróg rodnych albo w tkankach otwartej rany (pępek noworodka, rany wojenne) — błonica przyranna. We wszystkich tych miejscach gdzie znajdują się zarazki błonicy, wytwarzają się błony dyfterytyczne i stamtąd toksyna dyfterytyczna dostaje się do krwiobiegu i zatruwa organizm. Białawo-szara błona dyfterytyczna przylega ściśle do podłoża, trudno ją zdjąć, a jeśli usiłujemy ją oderwać, miejsce to łatwo obficie krwawi. W miarę trwania choroby, jeżeli nie wkroczymy z właściwym środkiem leczniczym, jakim dotychczas jest tylko s u r o w i c a p r z e c i w b ł o n i c z a, nalot pełznie dalej, zajmuje coraz większą powierzchnię: śluzówki i tkanki położone bezpośrednio pod nią ulegają martwicy, sąsiednie zaś obrzmiewają i później rozpadają się. W procesie tym odgrywają rolę także inne bakterie, które łatwo dołączają się do zakażenia błoniczego, np. paciorkowiec hemolizujący lub pałeczka zgorzeli gazowej, i powstaje obraz błonicy złośliwej.

DŁAWIEC

Błony dyfteryczne mogą wywierać decydujący wpływ na przebieg walki także z powodu samego umiejscowienia. Gdy błony dyfterytyczne wytworzą się w wąskiej tchawicy i zajmą znaczną powierzchnię śluzówki, to, jeśli nie wkroczymy w porę z jedynym środkiem leczniczym tj. surowicą, popełzną one dalej do coraz cieńszych gałęzi drzewa oskrzelowego i tam zamkną światło oskrzeli. Musi więc nastąpić duszenie się z powodu braku powietrza do oddychania, któremu błona dyfterytyczna utrudniła lub uniemożliwiła dostęp do pęcherzyków płucnych. Z jednej strony mamy zalewanie organizmu dziecka dużą ilością toksyny wchłanianej z dużej powierzchni objętej chorobą, z drugiej zaś strony — duszenie się w następstwie skąpego dostępu powietrza. Właśnie wskutek fatalnego umiejscowienia błon mamy dużą śmiertelność wśród dzieci chorych na dławiec, nawet gdy leczymy je surowicą już od pierwszego dnia choroby (25% Schellhorn). Gdy surowica była nieznana, śmiertelność ta wynosiła 50% (Kleinschmidt). Prof. St. Wszelaki wypowiada się obecnie, że dławiec i błonica septyczno-toksyczna wymagają leczenia surowicą i penicyliną. Penicylina, według tego autora, ma korzystny wpływ na leczenie samej błonicy, a niewątpliwie zawsze tłumi działanie infekcji dodatkowych, głównie paciorkowca hemolizującego.

OBJAWY DŁAWCA

Objawy dławca są wszystkim pielęgniarkom dobrze znane: dziecko ma chrypkę (umiejscowienie błon na strunach głosowych), kaszle szczekająco, oddycha chrapliwie, wciąga oddech, na klatce piersiowej zaznaczają się dołki: nadmostkowy i podmostkowy, oraz bruzda Harrisona, pojawia się sinica nasilająca się coraz bardziej, dziecko jest niespokojne i układa się coraz inaczej, szukając dogodnej pozycji, w której łatwiej mu będzie oddychać. Możemy mu nieco pomóc, nasycając wilgocią wdychane powietrze, podając uspokajające środki, a w groźnej chwili zakładamy do tchawicy — przez jamę ustną — r u r k ę i n t u b a c y j n ą (do lecznistwa wprowadził O'Dwyer w 1885 r.) lub wykonując t r a c h e o t o m i ę, tj. wprowadzamy do tchawicy powyżej mostka rurkę metalową. Byli tacy lekarze (w Polsce — Witold Szenert, zamordowany przez Niemców w 1942 r.), którzy z całą świadomością niebezpieczeństwa zarażenia się usiłowali własnymi ustami odessać błony zamykające światło krtani lub tchawicy, aby ratować życie duszącego się dziecka. Sporządzono także aparaty ssące wykonujące to samo, ale obecnie metody te są całkowicie zaniechane z powodu ich nieskuteczności.

OBRAZ KLINICZNY

Kliniczny obraz błonicy zależy zawsze od dwóch czynników: 1) od rodzaju zarazka i 2) od zdolności obronnej, od odporności organizmu napadniętego względem zarazka.

Obecnie według klasyfikacji Andersena odróżniamy t r z y t y p y z a r a z k a b ł o n i c y: *łagodny* (mitis), *pośredni* (intermediens) i *ciężki* (gravis). Typy te nie mogą przechodzić, zmieniać się jedne w drugie, jak to stwierdzono dla różnych typów paciorkowca hemolizującego, wywołującego płonicę. Są także trzy postacie kliniczne błonicy według Eschericha):

1) błonica umiejscowiona, przy dobrej ogólnej i miejscowej obronności ustroju;

2) błonica postępująca: przy niedostatecznym odczynie miejscowym szerzenia się zmian miejscowych oraz większe wsysanie się toksyn;

3) błonica septyczno-toksyczna: przy złośliwym zarazku i małej odporności organizmu (złośliwe anginy dyfterytyczne).

Nie ma zgodności między rodzajem zarazka a postacią kliniczną dyfterytu, łagodny typ zarazka może wywołać ciężką postać błonicy, a zarazek o cechach typowych dla złośliwego może wywołać lekką postać błonicy. Dowodzi to poniekąd ważności drugiego współczynnika w obrazie chorobowym tj. obronności i odporności organizmu.

Nie będę opisywała obrazu klinicznego różnych postaci dyfterii, bo na to nie ma miejsca w ramach tego artykułu. Na ogół małe naloty i dobry stan ogólny — to postać lekka, duże naloty i upośledzenie stanu ogólnego — postać średnio ciężka, średnie i duże naloty mające dążność do rozpadu i ciężki stan ogólny — to błonica ciężka.

BŁONICA NOSA

Przy błonicy nosa błony dyfterytyczne wytwarzają się w jamie nosowej, często tak głęboko, że nie możemy ich zobaczyć. Jednak każ-

dy długotrwały nieżyt nosa, zwłaszcza taki, w którym w wydzielinie pojawia się krew i przy którym wytwarzają się strupki wokoło otworów nosowych, jest podejrzany o pochodzenie błonicze. W takim wypadku należy wziąć posiew z nosa na obecność maczugowców błonicy i w razie wyniku dodatniego leczyć jak błonicę tj. surowicą. Przewlekłość tej sprawy powoduje długotrwałe działanie jadu błoniczego na organizm.

POWAŻNE OBJAWY OGÓLNE

Należy jednak pamiętać, że objawy ogólne, które są następstwem działania toksyny błoniczej na tkanki ustroju (zwłaszcza na mięsień sercowy, tkankę nerwową i nadnercza), pojawiają się dopiero po kilku dniach choroby i dlatego każdy przypadek dyfterytu zawsze należy traktować poważnie, leczyć go jak najszybciej surowicą, aby jak najwięcej skrócić okres działania toksyny na tkanki ustrojowe. Należy raczej dać surowicę tam, gdzie nie była potrzebna, aniżeli nie dać tam, gdzie była potrzebna.

Działanie toksyny błoniczej na mięsień sercowy objawia się upośledzeniem krążenia, zjawia się bladość, sinica, głuchość tonów serca niemiarowość i przyspieszenie tętna, później w najcięższych zmianach rytm galopujący. Czasem następuje gwałtowna śmierć przy pozornym wyzdrowieniu wskutek zniszczenia tkanki nerwowej w mięśniu sercowym lub uszkodzenia samego mięśnia serciwego.

Wyrazem działania toksyny błoniczej na nadnercza jest spadek ciśnienia tętniczego. Działanie toksyczne na tkankę nerwową powoduje pojawienie się porażeń połowiczych. Mogą one wystąpić już w 5—6 dniu choroby (błonica toksyczna), najczęściej jednak występują w 14—15 dniu choroby, ale mogą pojawić się i w dwa miesiące po chorobie. Objawiają się wylewaniem się przez nos połykanych płynów, mową nosową, wystąpieniem zeza, niemożnością chodzenia, zwisaniem głowy, a przy paraliżu przepony i mięśni oddechowych — kaszlem, dusznością, a nawet śmiercią z uduszenia.

LECZENIE

Najważniejszym czynnikiem leczenia porażeń jest spokój fizyczny i psychiczny, a więc pozostawienie chorego w łóżku, czasem na kilka miesięcy. Zwykle porażenia te kończą się pomyślnie.

Pielęgnowanie chorych na błonicę ma bardzo duże znaczenie w leczeniu; jest trudne, wyczerpuje nerwowo, wymaga wiedzy i poczucia odpowiedzialności. Znalazło to wyraz w wielu utworach literackich, których nie można czytać bez wzruszenia.

NOSICIELSTWO

Przy omawianiu błonicy konieczne jest poruszenie sprawy nosicielstwa. O nosicielstwie błonicy świadczy znajdowanie w jamie nosogardzieli człowieka zarazków błonicy zdolnych do wywołania choroby przy czym nosiciel sam pozostaje zdrowy. Człowiek taki posiada odporność przeciw danemu zarazkowi. Zdobywa się tę odporność przez przebycie choroby (w dyfterycie nie zawsze), albo jest to odporność wrodzona, albo też nabyta przez zakażenie utajone, bezobjawowe (Hirszfeldowie). Odróżniamy:

1) nosicielstwo właściwe (człowiek posiada zarazki, ale sam nie zachorowuje),

2) nosicielstwo wstępne (posiada zarazki i sam jest w późnym okresie inkubacji, tuż przed chorobą),

3) nosicielstwo późne (pochorobowe).

Nosicielstwo ma duże znaczenie i w epidemiologii błonicy, bo według Clauberga 91% i Friedemanna 97% chorych zaraża się od nosicieli właściwych, a tylko 3—9% od nosicieli wstępnych lub późnych.

Wobec wielkiej liczby nosicieli próby izolowania ich są niewykonalne. Nosicielstwu sprzyjają wszelkie stany zapalne nosogardzieli, migdałków, a także jam obocznych nosa, gdzie maczugowce błonicy mogą powodować długotrwałe procesy chorobowe. Wobec powszechności nosicielstwa musimy maczugowiec błonicy uznać za czynnik chorobotwórczy względny, występujący częściej w charakterze komensala tj. zarazka obojętnego dla człowieka, zaś znaczenie zasadnicze w powstawaniu błonicy przypisać należy odporności organizmu. Wszystkie czynniki osłabiające odporność ogólną muszą sprzyjać zachorowaniu na choroby zakaźne a w tej liczbie i na błonicę.

PROFILAKTYKA

W walce z błonicą posiadamy, dzięki odkryciu Behringa, najsilniejszą broń tj. surowicę przeciwbłoniczą. Uzyskujemy ją przez szczepienie koni lub rzadziej baranów toksyną

błoniczą. We krwi szczepionych zwierząt powstają w dużej ilości antytoksyny i te stanowią lek zobojętniający toksyny, produkowane w ognisku chorobowym. W czasie choroby dajemy choremu broń wypracowaną przez konia — odporność bierną. Drugą bronią o bardzo dużym znaczeniu są szczepienia przeciwbłonicze, które powodują w organizmie człowieka swoistą odporność czynną tj. powstanie antytoksyn błoniczych.

Pierwszym, który zaproponował czynne uodpornianie przeciw błonicy (na Zjeździe Pirogowa w Moskwie w 1908 r.) był Polak, Dzierzgowski. Zakładał on chorym dzieciom tampony z rozcieńczoną toksyną błoniczą,która przenikając przez śluzówkę nosa do krwi miała powodować powstawanie antytoksyny. Obecnie szczepimy toksyną błoniczą (Ramona. 1924 r.) pozbawioną cech agresywnych przez ogrzanie i dodanie formaliny, ale zachowującą własności antygenne, czyli anatoksynę.

Szczepienia przeciwbłonicze przeprowadzane są na całym świecie. Im prawdopodobnie zawdzięczamy stwierdzony obecnie spadek zachorowalności i śmiertelności wskutek błonicy, o czym donoszą ze wszystkich krajów całego świata. Jednak nie należy osłabiać czujności i szczepienia powszechne przeprowadzać z największą gorliwością, bo mimo tych pomyślnych wiadomości fala epidemii błonicy jednak może nadejść. I teraz sporadyczne przypadki zachorowań na błonicę bywają śmiertelne, mimo że dysponujemy tak potężnymi środkami leczniczymi, jak surowica i penicylina. Nadal błonicę musimy traktować jako chorobę bardzo poważną i leczenie surowicą stosować w jak najwcześniejszym okresie choroby, w każdym przypadku błonicy.

Jadwiga Frühaufowa

NIKA LISOWSKA

ŻYWIENIE CHORYCH W SZPITALU

Technika i organizacja żywienia chorych na oddziale z punktu widzenia pielęgniarskiego

(Dokończenie)

Rozdawanie posiłków na oddziale należy do obowiązków pielęgniarek. Posiłek główny (obiad) powinna osobiście rozdawać pielęgniarka oddziałowa przy pomocy pielęgniarek odcinkowych. Wydawać należy z wózków, które podjeżdżają z kredensu oddziałowego pod salę chorych. Tu, pielęgniarka odcinkowa podaje oddziałowej ile jakich diet jest na danej sali, i pomaga przy wydawaniu. Do poszczególnych łóżek podają na tacy salowe pod kontrolą pielęgniarki odcinkowej. W tych warunkach posiłek wydany jest pod kontrolą, prosto z termosu, gorący.

Jeśli natomiast pielęgniarka oddziałowa wydaje posiłek w kuchence oddziałowej, a personel pomocniczy roznosi go po salach, wówczas jedzenie stygnie po drodze, zaś brak bezpośredniej kontroli stwarza możliwość omyłek.

Odpowiedzialne za wydawanie posiłków są pielęgniarki, nie salowe. W czasie wydawania



posiłków, zwłaszcza obiadu i kolacji, nie wolno przeprowadzać na salach chorych żadnych zabiegów. Pora posiłków stanowi przerwę w

czynnościach lekarskich, z wyjątkiem oczywiście nagłych wypadków. Często się zdarza, że młodzi lekarze nie zwracają uwagi na to, iż właśnie jest godzina obiadu, że chory otrzymuje swój posiłek, lecz zabierają chorego na salę opatrunkową lub robią mu zastrzyk dożylny, a zupa tymczasem stygnie na szafce przy łóżku. Choremu trzeba zapewnić spokojny czas na zjedzenie posiłku.

Należy pamiętać, by kolacja nie kolidowała z wieczornym obchodem lekarskim, pielęgniarka bowiem nie może wykonywać 2 funkcji jednocześnie — asystowania przy obchodzie i wydawania posiłku. Należy wprowadzić taki zwyczaj, by personel salowy sam nie podawał chorym posiłku. Niektórzy ordynatorzy, zwłaszcza oddziałów wewnętrznych i chirurgicznych, wyraźnie zastrzegają, że nikt poza pielęgniarką nie ma prawa podać choremu nawet wody do picia. Czasem bowiem jedna szklanka wody może spowodować groźne komplikacje!

Przed wydawaniem posiłków, oraz po obiedzie i kolacji należy sale chorych przewietrzeć. Wpływa to dodatnio na apetyt chorych i usuwa zapach jedzenia.

Należy również zwrócić uwagę, aby przed wydawaniem posiłków pielęgniarki zakładały dodatkowe fartuchy, najlepiej gumowe, i żeby wszyscy umyli ręce (trzeba tego dopilnować!).

Przy systemie odcinków pielęgniarskich, pielęgniarka oddziałowa rozdaje posiłek na danym odcinku przy pomocy personelu z tego odcinka, zaś personel odcinka sąsiedniego pełni służbę ogólną (obsługuje dzwonki).

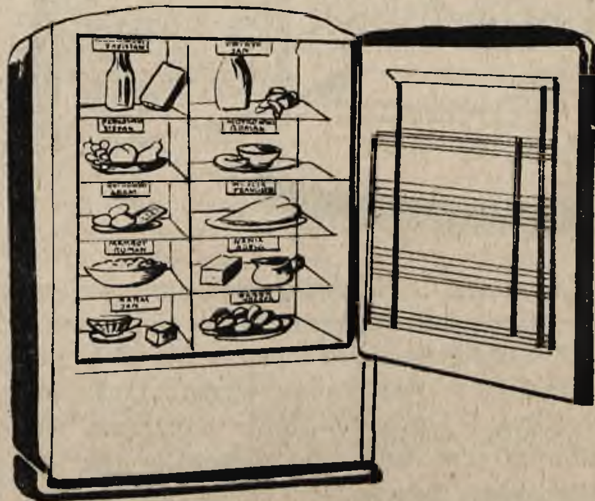
PRZECHOWYWANIE ARTYKUŁÓW SPOŻYWCZYCH

Sprawa ta nie wymagałaby specjalnego omówienia, gdyby przechowywanie środków spożywczych przypadało wyłącznie magazynom żywnościowym lub spiżarni podręcznej w kuchni ogólnej. Zazwyczaj jednak na oddziałach znajdują się niewielkie zapasy żywności, w postaci tzw. suchego prowiantu, którego ilość powinna być ograniczona do minimum (chyba, że oddział wewnętrzny w systemie pawilonowym prowadzi dla siebie oddzielną kuchnię).

Na przeciętnym oddziale, gdzie posiłki dostarczane są z kuchni ogólnej, pielęgniarka odcinkowa powinna mieć w zapasie tylko suchą herbatę, cukier, proszek cytrynowy, sok owocowy i sucharki.

Wszystko to przeznaczone jest dla chorych gorączkujących i dla tych spośród nowoprzybyłych, którzy przyszli już po wydaniu kolacji.

W niektórych przypadkach zapisuje się chorym tzw. „dodatki" w postaci jaj, masła, mleka, owoców itp. Artykułów tych nie należy przechowywać na oddziale, lecz po otrzymaniu z kuchni (na podstawie indywidualnego zapotrzebowania) wydać choremu jako drugie śniadanie. Najpraktyczniej jest więc pobierać dodatki rano, względnie żądać, by kuchnia przysyłała je po pierwszym śniadaniu.

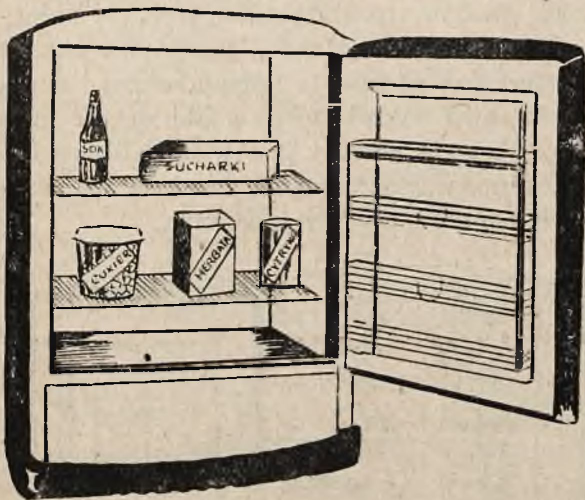


Należy jeszcze omówić sprawę żywności dostarczanej chorym z domu przez rodzinę. W myśl regulaminu chorym **n i e w o l n o** przyjmować tego rodzaju dodatków, ponieważ rodziny dostarczają często rzeczy nieodpowiednich, w nieodpowiednim czasie, a nadto postępowanie takie obarcza personel szpitalny, gdyż zmusza go do odgrzewania posiłków na każde żądanie. Nieprzestrzeganie tego zakazu odbija się bardzo niekorzystnie na całości pracy oddziału. Minęły już ciężkie czasy wojenne, chory i jego rodzina powinni mieć zaufanie do wyżywienia szpitalnego, które chociaż niezbyt wymyślne jest w pełni dostosowane do potrzeb chorego.

W niektórych szpitalach obowiązuje regulamin dla odwiedzających, w którym wylicza się dokładnie co choremu przynosić wolno (np. owoce, herbatniki, kompoty, słodycze). Przepisy te przestrzegane są skrupulatnie, podczas odwiedzin uświadamia się rodziny pacjentów i dyskretnie kontroluje zawartość przynoszonych paczek.

Przechowywanie prowiantów na sali w szafkach przyłóżkowych powinno być niedozwolone, zwłaszcza gdy chorzy „gromadzą za-

pasy". Z żywności nagromadzonej na sali powstają niezawsze przyjemne zapachy, a sala przybiera wkrótce niepożądany, bo niechlujny wygląd (słoiki, butelki, garnki — na szafkach,



na oknach itd.). Najlepiej jest, gdy pielęgniarka oddziałowa ograniczy jak najbardziej przynoszenie żywności z domu, a artykuły już przyniesione — zresztą na wyraźne zezwolenie lekarza — przechowuje w kredensie oddziałowym (w lodówce), dołączając kartkę z nazwiskiem chorego.

Na oddziałach dziecięcych konieczne jest po prostu urządzenie p o z a s a l ą c h o r y c h tzw. słodkiej szafy, z której pielęgniarka zazwyczaj na podwieczorek wydziela dzieciom łakocie, gdyż inaczej w ogóle nie chciały by jeść posiłków szpitalnych.

Chciałabym wreszcie poruszyć sprawę „ruchomego sklepiku" w szpitalu, który daje chorym, zwłaszcza przybyłym z daleka i nie mającym odwiedzających, możność nabycia na miejscu owoców lub słodyczy. Sklepik taki, prowadzony np. przez Ligę Kobiet, powinien dwa razy dziennie przejeżdżać przez oddziały, oczywiście w godzinach ściśle ustalonych, aby nie zakłócać pracy szpitalnej.

Rzecz jasna, że wszystkie artykuły w „sklepiku na wózku" muszą być kontrolowane przez zarząd szpitala, zaś pielęgniarki muszą zwracać uwagę na to co chorzy kupują, aby nie naruszać obowiązującej diety. Pomysł ruchomego sklepiku szpitalnego trzeba uznać za dobry, gdyż uwalnia personel salowy od przynoszenia pacjentom wspomnianych artykułów z poza szpitala, a nadto nie stwarza okazji do dawania napiwków.



W celu ujednolicenia tzw. „sygnałów dietetycznych" podaję poniżej następujący wzór:

Nr diety	Kolor sygn. diet	Nazwa diety	Treść
0	jaskrawo-czerwony	absolutna	Choremu nie wolno nic podawać, względnie jedynie przegotowaną wodę, i to na wyraźne zlecenie lekarza. Dieta po operacji żołądka, po krwotoku itp..
I	różowy	ścisła	Kierowniczka kuchni, albo dietetyczka oznaczają kolejny dzień diety — 1., 2., 3., 4. itd. Np.: 1. dzień — lekka herbata ocukrzona, lemoniada na ciepło; 2. dzień — czysty barszcz czerwony lub czysty bulion, bawarka; 3. dzień — kawa z mlekiem, cienki kleik, galaretka, sok z owoców oraz żółtko; 4. dzień — mleko, ryż, tarty sucharek, biszkopt, kisiel;
II	niebieski	lekka	Białe pieczywo, sucharki, masło, owoce w postaci kompotów, barszcz na jarzynach, kaszki, szpinak, sago, mleczne budynie, kawa, bawarka, miód, kisiel, lekkie jarzyny, żółtko, jaja na

Nr diety	Kolor sygn. dietet.	Nazwa diety	Treść
			miękko, jajecznica, omlet, bardzo lekkie kluseczki, ptysie, biszkopty.
III	zielony	normalna	Pożądana dieta b. urozmaicona, lekkostrawna, ładnie podana, wysokokaloryczna, wartościowa, niezbyt obfita objętościowo, o sporej zawartości łatwoprzyswajalnych węglowodanów (cukier, miód). Do obiadu konieczne desery.
IV	fioletowy	specjalna	Ściśle według zlecenia lekarza, np. bezsolna, wątrobowa, cukrzycowa, Sippiego, Jarockiego, dieta próbna itp. Podaje się na specjalnych tacach indywidualnych z kuchni.
V	żółta	płynna	Wysokokaloryczna. Mleko, masło, cukier, miód, żółtko, rosół, bulion, soki owocowe, lemoniada, biała kawa, bawarka, wino, tran, kulki z masła do połykania, lody.
VI	pomarańczowy	półpłynna	Jak wyżej plus jaja na miękko, galaretki, kleiki, kisiel, budyń, drobne kaszki.
VII	ugier	papkowata	Jak wyżej plus dobrze przetarte jarzyny, purée z kartofli, rozgotowane kasze, ryż, tarte surowe owoce, galaretki mięsne przetarte, przetarte kompoty, mus owocowy, rozmoczone biszkopty.
VIII	brązowy	sucha	Najwyżej do 2 szklanek (objętościowo) pokarmu na cały dzień. Przewaga mięsa, jaj, tłuszczów. Kartofle smażone, kluski, omlety, smażeniny. Ograniczone jarzyny i owoce (kondensowane). I śniadanie — filiżanka pożywnego płynu, obiad — bez zupy, podwieczorek — filiżanka, jak na śniadanie, kolacja — bez płynu.

Godziny posiłków dla chorych. — Wzór.

Śniadanie 7,15 — 7,45 Obiad 12, — 12,45 Podwieczorek 15,30 – 16 Kolacja 18,00 – 18,30

Wysyłanie posiłków z kuchni na oddziały

Oddział	Śniadanie	Obiad	Podwieczorek	Kolacja
Chirurgiczny	7,5	11,50	15,20	17,50
Inter.	7,10	11,55	15,25	17,55
Kobiecy	7,15	12,—	15,30	18,—
	7,20	12,5	15,35	18,5
Położniczy	7,25	12 10	15,40	18,10

Nie ulega wątpliwości ,że sprawne funkcjonowanie oddziału zależy w dużej mierze od punktualnego przysyłania posiłków z kuchni. Dzięki punktualności stwarza się sprężystą współpracę kuchni z oddziałami szpitalnymi, i personel oddziałowy bez niepotrzebnej straty czasu na daremne wyczekiwanie może się zająć szybkim wydaniem ciepłej strawy.

Na zakończenie pragnę dodać, że poruszam tu jedynie sprawę żywienia chorych z punktu widzenia techniczno-administracyjnego, w związku z pracą oddziału szpitalnego, nie wnikając zupełnie w kompetencje dietetyczek i kierowniczek kuchni, których zasadniczym zadaniem jest obmyślanie jakości i ilości pożywienia.

Nika Lisowska

SZCZEPIENIA PRZECIWBŁONICZE

Dr WACŁAW LIETZ

GDY zastanawiamy się nad przyczynami śmiertelności dzieci, widzimy, że wbrew wspaniałym osiągnięciom nowoczesnej wiedzy lekarskiej ciągle jeszcze ponure pierwszeństwo przypada na choroby zakaźne, które zbierają swoje obfite żniwo zwłaszcza w okresie wczesnego dzieciństwa.

Wysiłki służby zdrowia w walce z chorobami zakaźnymi muszą być oparte przede wszystkim na wszechstronnej profilaktyce, tym więcej, że obok przepisów higieny ogólnej, stanowiących najrozsądniejszą podstawę dla zapobiegania, mamy obecnie potężną broń do walki — szczepienia ochronne przeciwko większości chorób tego rodzaju. Możemy więc walczyć skutecznie z **błonicą** (dyfterią), **krztuśćcem** (kokluszem), **tężcem, durami i gruźlicą** — z chorobami, wywołanymi przez zakażenia bakteryjne. W dziedzinie zakażeń wirusowych mamy szczepionkę przeciwko **ospie, wściekliźnie i odrze.** Szczepionka przeciw ospie stanowi swego rodzaju ideał, świadczący dobitnie jak wspaniałe wyniki można osiągnąć w drodze powszechnych szczepień ochronnych, ospa bowiem od czasu wprowadzenia metody Jenner'a (1798 r.) przestawała być stopniowo na coraz rozleglejszych obszarach kuli ziemskiej jedną z najokropniejszych plag trapiących ludzkość, i dziś — można śmiało powiedzieć — nie spotyka się już prawie zupełnie tego schorzenia.

POWSZECHNOŚĆ SZCZEPIEN

Właśnie dzięki metodom powszechnych szczepień zapobiegawczych można żywić nadzieję, że przynajmniej niektóre choroby znikną jako groźba epidemii, a jeśli nawet nie znikną zupełnie, to liczba przypadków będzie maleć z każdym dniem, aż zbliży się do prawie całkowitego wyplenienia.

Ulepszenie metod otrzymywania i oczyszczania szczepionek w pracowniach bakteriologicznych podnosi wybitnie wartość szczepionek, a równocześnie pozwala coraz bardziej obniżyć granicę wieku dla przeprowadzania szczepień ochronnych. Mamy tu przede wszystkim na myśli szczepienia przeciwbłonicze, które możemy już dziś stosować u niemowląt począwszy od 6 miesiąca życia, aby wyrównać malejącą w tym okresie coraz bardziej tę odporność przeciw błonicy, jaką dziecko przynosi ze sobą na świat.

Kombinowanie, czyli zestawianie ze sobą kilku szczepionek przeciw różnym chorobom, pomnaża wartość szczepień, a jednocześnie upraszcza technikę ich wykonywania. Wartość szczepionki kombinowanej wzrasta nie tylko dlatego, że uwzględnia ona kilka różnych chorób, lecz także w wielu wypadkach wzmacnia efekt przez równoczesne działanie różnych **antygenów.** Antygenem — jak wiadomo — nazywa się każdą obcą ustrojowi substancję (np. drobnoustroje, obce białka, jady bakteryjne itp.), która, wprowadzona do ustroju, powoduje w nim — jako wyraz odczynu obronnego — powstawanie substancji przeciwdziałającej, „przeciwciała", mającego zdolność wiązania się z substancją obcą i unieszkodliwiania jej.

PRÓBA SCHICK'A

Znając niebezpieczeństwo i groźne następstwa błonicy, ludzkość z ulgą powitała odkrycie surowicy, która stała się punktem zwrotnym w leczeniu błonicy, jednakże skuteczność tego środka leczniczego nie zadowoliła uczonych, którzy nieustępliwie poszukiwali sposobu niedopuszczenia do zachorowania na błonicę w ogóle, a przynajmniej do zmniejszenia zapadalności na nią. Poszukiwania zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem, i dziś potrafimy już czynnie uodpornić ustrój, wytworzyć trwałą odporność przeciw błonicy. Dzięki nowoczesnym metodom immunologicznym i serologicznym, jak próba Schick'a i metoda ścisłego miareczkowania przeciwjadu błoniczego we krwi, można nawet dokładnie, jakościowo i ilościowo, określić stopień uodpornienia jakiegoś osobnika na błonicę.

Próba Schick'a odpowiada nam na pytanie czy dane dziecko posiada odporność przeciw błonicy, czy też nie, próba ta jednakże stanowi sprawdzian pewny dopiero począwszy od 10 roku życia. Próba Schick'a polega na wprowadzeniu śródskórnie 0,2 ml roztworu toksyny błoniczej, odpowiadającej 1/50 najmniejszej dawki śmiertelnej dla świnki morskiej o wadze 250 g. Jeżeli dokoła miejsca wstrzyknięcia po 18—24 godzinach pojawi się zaczerwienienie, utrzymujące się przez kilka dni, świadczy to, że odczyn jest dodatni, czyli,

że dany osobnik jest **podatny** na zakażenie błonicą. Odczyn ujemny (brak zaczerwienienia) dowodzi, że badany osobnik jest uodporniony na błonicę nawet w środowisku zakaźnym.

SZCZEPIENIA PRZECIWBŁONICZE

Szczepienia przeciw błonicy wykonuje się albo przy pomocy anatoksyny RAMON'a, albo tzw. anatoksyną oczyszczoną. Ponieważ pierwszy sposób jest używany częściej, omówimy go nieco dokładniej.

Anatoksyna RAMON'a jest to toksyna błonicza całkowicie zneutralizowana działaniem 0,4% formaliny w ciągu miesiąca w temperaturze 39°C. W ten sposób przygotowana anatoksyna zachowuje swoje własności antygenowe, tracąc zupełnie swoją zjadliwość. Innymi słowy jest to toksyna pozbawiona zjadliwości, która posiada wszakże własność pobudzania ustroju do wytwarzania ciał odpornościowych. Nieszkodliwość anatoksyny i jej wysoka wartość immunizacyjna czynią z niej niezmiernie cenną substancję dla szczepień przeciwbłoniczych.

Dla wywołania pewnej odporności potrzebne są 3 wstrzyknięcia. Pierwsze szczepienie w ilości 0,5 ml (do tkanki podskórnej), po upływie 3 tygodni — drugie, w ilości 1,0 ml, zaś po następnych 2 tygodniach — trzecie szczepienie dawką 1,5 ml anatoksyny.

Nazajutrz lub na trzeci dzień po pierwszym lub drugim szczepieniu można zaobserwować u 5 — 10% osób szczepionych tzw. odczyny poszczepienne, bądź to miejscowe — w postaci mniej lub bardziej rozległego zaczerwienienia, bądź też ogólne — podniesienie ciepłoty do 38—39°, zmęczenie, złe samopoczucie, bóle w miejscu wkłucia. Odczyny te nie są niebezpieczne. Z zasady widzi się je u dorastającej młodzieży i u dorosłych, natomiast im osobnik jest młodszy, tym występują rzadziej. Odczyny poszczepienne utrzymują się zazwyczaj 24—48 godzin, i w tym czasie należy zalecić spokój i łóżko. Wyjątkowo, niezmiernie rzadko zdarzyć się mogą odczyny groźniejsze — pokrzywka, rumień toksyczny, ropne zapalenie gruczołów, bóle mięśniowe i stawowe, objawy te jednak znikają wkrótce bez śladu.

Przeciwwskazania do szczepień stanowią stany gorączkowe i zakażenia skóry. W tych wypadkach należy odłożyć szczepienie aż do czasu wyleczenia choroby.

ODPORNOŚĆ

Odporność wywołana przez szczepienie anatoksyną zaczyna zjawiać się już wkrótce po pierwszym wstrzyknięciu, wzrasta stopniowo, a w 8 dni po trzecim zastrzyku jest już zupełna; utrzymuje się przez wiele lat, a może nawet przez całe życie. Dobrze jest w rok po szczepieniu zasadniczym wykonać tzw. szczepienie przypomnienia, celem ponownego pobudzenia ustroju do wytwarzania przeciwjadów.

Dane statystyczne wykazują, że po 2 wstrzyknięciach 88% szczepionych uzyskuje już odporność trwałą, po trzech zastrzykach zaś 94—96%. Przeciętnie więc jedynie w 5% przypadków nie udaje się wywołać odporności.

Szczepienia przeciwbłonicy wykonywać można w każdym wieku, lecz są one szczególnie pożądane u dzieci, zwłaszcza u dzieci małych, za wyjątkiem osesków. Oseski bowiem odznaczają się odpornością naturalną, przekazaną im prawdopodobnie z krwią matki. Po tym okresie odporności, która zanika stopniowo w czasie od 6 — 12 miesiąca życia, następuje okres szczególnej podatności, zaś na jej miejsce w ciągu życia zjawia się coraz większa odporność, wynikająca przypuszczalnie z nieznacznych, nie dających się spostrzec zakażeń błonicą. Niestety, wspomniany okres szczególnej podatności utrzymuje się prawie zawsze u dzieci i młodzieży, one też właśnie — pomimo ogromnych dobrodziejstw surowicy przeciwbłoniczej — zbyt często jeszcze padają ofiarą tej groźnej choroby. Najbardziej wrażliwe na błonicę są dzieci od 1—6 roku życia. Jest to okres największej umieralności.

Z powyższego wynika, że już od 1 roku życia trzeba myśleć o zapobieganiu, o chronieniu dziecka przed błonicą, tym więcej, że — jak już powiedziano — im dziecko jest młodsze, tym bardziej błonica jest niebezpieczna.

Szczepić należy więc wszystkie dzieci poniżej lat 12, a także młodzież i dorosłych, wykazujących dodatni odczyn SCHICK'a. Dzieci nieszczepione w wieku przedszkolnym trzeba zaszczepić z chwilą pójścia do szkoły. W czasie epidemii dobrze jest powtórzyć dzieciom poprzednio zaszczepionym — wstrzyknięcie „przypomnienia".

Dorośli, zwłaszcza mieszkańcy dużych miast, uzyskują szczepienie drogą naturalną, przez liczne, drobne zakażenia i we krwi blisko 80% tych osób istnieje dostateczna ilość antytoksyny, która ich broni przed zachorowaniem. Na skutek tego szczepić należy tylko tych, którzy wykazują dodatni odczyn SCHICK'a.

SZCZEPIENIA NIETYPOWE

W pewnych wypadkach, starsze dzieci i dorosłych, którzy mogliby zareagować wysokim podniesieniem ciepłoty lub innymi odczynami poszczepiennymi, próbowano szczepić drogą donosową. Przy pomocy pipetki wkraplano im do każdej dziurki nosa po 30 kropli anatoksyny codziennie przez 8 dni. Po tygodniu przerwy, ponawiano wkraplanie w ten sam sposób aż do zjawienia się ujemnego odczynu SCHICK'a. Metoda ta wykazała, że po 20 dniach wkraplania do nosa 50% osób miało odczyn ujemny, po 40 dniach — 83%, zaś po 50 dniach — 95% uzyskało odporność trwałą.

Jak wspomniano wyżej, w celach zapobiegawczych stosuje się również tzw. anatoksynę oczyszczaną (toksoid ałunowy). Sposób ten jest technicznie prostszy do przeprowadzenia, jednakże otrzymanie anatoksyny oczyszczanej — znacznie trudniejsze. Wstrzykuje się ją jednorazowo (ponieważ wchłania się wolniej), a następnie w ciągu 3 tygodni, 1 raz na tydzień wkrapla się do nosa. Wyniki tych szczepień są bardzo dobre, zarówno dzieci, jak i dorośli znoszą je znakomicie i nie wykazują żadnych objawów poszczepiennych.

Wacław Lietz

I. SEWASTIANOW

Sanitarno - oświatowa praca pielęgniarki

Tłumaczenie z rosyjskiego)

DOPOMÓC rodzicom wychować dziecko zdrowe i pełne radości życia oto poważne i zaszczytne zadanie leczniczych i profilaktycznych instytucji dla dzieci. Zadanie to przede wszystkim w poradniach dla dzieci, spada na pielęgniarkę - opiekunkę społeczną, która większą część swojej pracy poświęca obcowaniu z matką i dzieckiem.

Jeżeli za cel postawimy sobie nauczyć matkę we właściwy sposób kierować fizycznym i psychicznym wychowaniem dziecka, to wniosek stąd prosty, że pielęgniarka - opiekunka społeczna przede wszystkim sama powinna być przygotowana fachowo, że musi się dobrze orientować w metodach racjonalnego odżywiania, opieki i wychowania dziecka. Lecz nie wystarczy sama wiedza zawodowa. Po to, by pracować z korzyścią pielęgniarka - opiekunka społeczna musi mieć wśród ludności autorytet, musi być przyjaciółką matek.

Aby to osiągnąć pielęgniarka powinna dążyć do systematycznego podnoszenia swego politycznego poziomu i rozwoju kulturalnego, powinna studiować Historię WKP(b), prace Lenina i Stalina, czytać czasopisma i gazety.

POSTAWA PIELĘGNIARSKA

Kulturalna, politycznie uświadomiona pielęgniarka znajdzie prędko w każdej rodzinie wspólny język z matką i przekona ją o słuszności swoich zarządzeń w sprawie wychowania i odżywiania dziecka.

Duże znaczenie w pracy pielęgniarki-opiekunki społecznej ma jej zewnętrzny wygląd i sposób zachowania się. Powinna być zawsze schludnie ubrana i uczesana. Fartuch, czepek — śnieżnobiałe. Wobec rodziców i dzieci zawsze uprzejma, uważna lecz bez spoufalania się. Niedbałość, oschłość są wyrazem niskiej kultury. Takie pielęgniarki nie pomagają, lecz szkodzą sprawie opieki nad rozwojem dzieci.

Rzeczą najważniejszą, na której bezwzględnie pielęgniarka powinna skupić swoją uwagę jest umiejętność właściwego z naukowego punktu widzenia, a jednocześnie wnikliwego, zrozumiałego i zajmującego prowadzenia rozmów z matkami czy to w zakładzie położniczym, czy w zakładzie pracy, czy też podczas wizyty w domu. Rozmowa z matką o wychowaniu dziecka jest to sztuka wymagająca wiedzy i doświadczenia.

Młode pielęgniarki nie zawsze dają sobie z tym radę. Trzeba stwierdzić, że w naszych szkołach za mało wagi przywiązuje się do przygotowania pielęgniarek dla prowadzenia akcji sanitarno-oświatowej.

Minister Zdrowia Z.S.R.R., E. I. Smirnow w rozporządzeniu Nr. 109 z dnia 26. II. 1948 r. — „O zarządzeniach dotyczących usprawnienia oświaty" podkreśla „... aktywny udział w szerzeniu oświaty sanitarnej wśród ludności powinien być punktem honoru każdego pracownika służby zdrowia".

Zdając sobie sprawę ze znaczenia oświaty sanitarnej, Minister Zdrowia Z.S.R.R. postawił wszystkim pracownikom służby zdrowia za obowiązek przeznaczyć pewną część godzin pracy dla szerzenia oświaty sanitarnej wśród ludności.

W tym celu konieczna jest znajomość form i metod radzieckiej oświaty sanitarnej. Do każdej pogadanki grupowej należy przygotować się starannie, zrobić konspekt, dobrać pomoce naukowe, plakaty, rysunki itp.

Jako wymianę doświadczeń z dziedziny oświaty sanitarnej, za przykład można podać opis pracy pielęgniarki Miejskiej Poradni dla Dzieci

w Uljanowsku, A. P. Nikitinej, która pracuje w tej poradni od 1935 r., a jest pielęgniarką od 1910 r. z ukończoną 2-letnią szkołą w Symbirsku.

OPOWIADANIE NIKITINEJ

„Rozpoczęłam pracę — opowiada A. P. Nikitina — w szpitalu dla dzieci w czasach przedrewolucyjnych, gdy ludzie wierzyli jeszcze w siłę zamawiań, spryskiwań z węgielka, w moc odczyniania chorób przez znachorkę. Rozmawiając z matkami zrozumiałam, że aby skutecznie walczyć ze śmiertelnością dzieci trzeba w pierwszym rzędzie walczyć z zacofaniem i przesądami rodziców. Walka była trudna, ponieważ z jednej strony kadry pracowników służby zdrowia były za małe ,a z drugiej — rząd carski nie troszczył się o zdrowie pracujących i z nieufnością odnosił się do prób pracy sanitarno-oświatowej. A tymczasem z powodu nędzy i zacofania ludności najbardziej cierpiały dzieci mrąc jak muchy jesianią.

Tak było dawniej. W czasie rządów władzy radzieckiej zmieniła się świadomość człowieka. Teraz nie trzeba już matki przkonywać o szkodliwości tych czy innych przesądów. Dziś można z matką mówić o tym, jaki tryb życia powinno się stworzyć dziecku, o hartowaniu, o zapobieganiu chorobom zakaźnym".

Pielęgniarka Nikitina opiekuje się 250 dziećmi w swoim rejonie.

„W pierwszych dniach po wyjściu matek ze szpitala położniczego odwiedzam je codziennie, obserwuję postępy rozwoju dziecka, uczę matkę jak trzeba właściwie pielęgnować i odżywiać dziecko, przynoszę jej coś z literatury sanitarno-oświatowej. W razie potrzeby zabieram matkę do poradni lub przychodzę do niej z lekarzem.

Trzy — cztery razy w miesiącu przeprowadzam z matkami swego rejonu pogadanki, nie zapraszam je do poradni, ale zebranie organizuję w którym z większych mieszkań, zapraszając 6—10 matek z najbliższych domów. Na pogadanki zabieram ze sobą plakaty, albumy, broszury. Matki przychodzą bardzo chętnie, zaś w swym domowym otoczeniu nie czują się skrępowane i stawiają mi dużo pytań".

Z dużym zainteresowaniem matki wysłuchały pogadanki o szkodliwości poronień. Prosto i jasno opowiedziała pielęgniarka Nikitina o tym, jak robotnica N. umarła po zrobieniu poronienia, osierociła czworo dzieci, jak pracownica umysłowa M. już po spędzeniu płodu straciła na zawsze możność posiadania dzieci, jak teraz to przeżywa itd.

Rejon obsługiwany przez Nikitinę jest uważany za jeden z najlepszych. Z miesiąca na miesiąc zmniejsza się tam ilość chorób zakaźnych, zaziębień i innych chorób wieku dziecięcego.

Nikitina stale pracuje nad podniesieniem poziomu swych wiadomości zawodowych, czytuje takie czasopisma, jak „Pielęgniarka", „Felczer i Akuszerka", „Pracownik Służby Zdrowia" oraz inne pisma i książki lekarskie, polityczne i beletrystyczne. Pracę w poradni i rejonie łączy z pracą społeczną, prowadzi pogadanki ze średnim personelem służby zdrowia na tematy bieżącej polityki i sama pracuje w Kole studiującym historię WKP(b).

oprac. A. S.

W SZKOLE I NA KURSIE

WARSZAWA



W Państwowej Szkole Pielęgniarstwa Nr 2 w Warszawie w dn. 3 lutego rb. odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów absolwentkom IV kursu.

DYPLOMY OTRZYMAŁY

Abińska Bożenna
Banasik Krystyna
Bombińska Czesława
Bondar Maria
Bratkowska Maria
Brodowska Danuta
Chromińska Irena
Czoboda Genowefa
Dąbkowska Anna
Dec Maria
Drewicz Ludwika
Dyra Barbara
Falkowska Jadwiga
Kędzierska Krystyna
Kołodziejska Maria
Komorowska Janina
Kowalska Radzisława
Kozioł Cecylia
Kukiełczyńska Krystyna
Leśnik Barbara
Lipka Maria
Maksymiuk Halina
Myszkiewicz Celina
Osmęda Wanda
Pilarska Aniela
Retkowska Wanda
Rowicka Kazimiera
Sawicka Halina
Sikorska Klara
Skowrońska Danuta
Suchecka Danuta
Szczesio Alicja
Szlązak Danuta
Trumpiel Regina
Trzoch Zofia
Wachowska Stanisława
Wąsowicz Irena
Wojcieszak Bronisława
Wójcik Halina
Wójcicka Aleksandra
Wodzisławska Alicja
Zamyłko Krystyna

POZNAŃ.

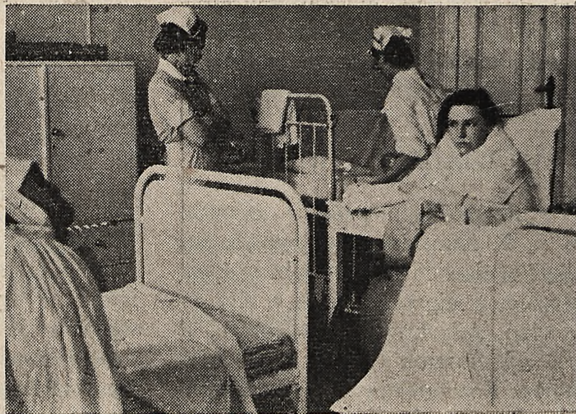
Dnia 2.II. 1951 r. w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa w Poznaniu odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów 31 absolwentkom.

Egzamin dyplomowy wypadł celująco. Uczennice wyróżniające się w nauce, bądź też w pracy społecznej, otrzymały liczne nagrody książkowe.

Absolwentki stanowiły wyjątkowo pilny i pracowity zespół, wykazując, że można połączyć naukę z aktywną pracą społeczną i osiągnąć bardzo dobre wyniki na obu tych polach.

Poniżej podajemy nazwiska absolwentek, które ukończyły szkołę z odznaczeniem:

Bartkowiak Halina
Cynalewska Teresa
Gołda Maria
Janiszewska Ewa
Michta Zdzisława
Naporska Bożena
Nowak Irena — prymuska
Nowak Zofia
Rusacz Irena
Rusacz Regina
Sawicka Barbara
Stachowska Teresa
Zakrzewska Barbara
Żyła Teresa



Egzamin praktyczny w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa w Poznaniu.

BIELAWA

Dnia 12.XI.1950 r. odbyło się uroczyste wręczenie dyplomów w Ośrodku Szkolenia Młodszych Pielęgniarek w Bielawie, woj. Wrocławskie.

Dyplomy otrzymało 35 absolwentek, z tego 10 absolwentek zostało wyróżnionych:

za przodownictwo w nauce

Grabowska Zofia

za pracę społeczną i naukę

Tobiasz Maria
Perlińska Zofia
Poznańska Zofia
Stanisławska Elżbieta
Bałazy Jadwiga
Grudzień Janina
Pluta Małgorzata

za pracę społeczną

Podogrodzka Emilia
Tylwicz Dorota



KRONIKA

VI PLENUM ZARZĄDU GŁÓWNEGO

Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia

W dn. 21 stycznia rb. odbyło się rozszerzone Plenum Zarządu Głównego ZZPSZ.

W obradach udział wzięli: wiceminister Zdrowia, ob. dr B. Kożusznik, przedstawiciele KC PZPR, dr Przysuski i ob. Ludwikowska, naczelny dyrektor Z.L.P., dr J. Wolański, delegaci Zarządu Gł. Polskiego Czerwonego Krzyża i wszystkich Okręgów ZZPSZ oraz kilku wybitnych przodowników pracy.

Otwierając obrady, przewodniczący, dr A. Fiderkiewicz, przypomniał, że dzień 21 stycznia jest rocznicą zgonu wodza Rewolucji Październikowej, Lenina, którego pamięć uczczono 1-minutową ciszą.

Następnie **dr Fiderkiewicz** wygłosił obszerny referat i, nawiązując do VI Plenum Centralnej Rady Związków Zawodowych, poruszył 3 zagadnienia — współzawodnictwa pracy, akcji socjalnej i zadań organizacyjnych Związków Zawodowych.

„W Planie 6-letnim — mówił dr Fiderkiewicz — Związek Zawodowy Służby Zdrowia ma niemniejsze zadanie do wykonania, aniżeli związki produkcyjne, bowiem produkcja w przemyśle, czy też w górnictwie zależna jest od stanu zdrowia człowieka pracującego. Wobec tego, do nas należy opieka nad człowiekiem, utrzymanie go w dobrym zdrowiu i stworzenie odpowiednich warunków lecznictwa".

Omawiając zagadnienia współzawodnictwa pracy, dr Fiderkiewicz podał krótki rys historyczny rozwoju współzawodnictwa w służbie zdrowia w Polsce. Pierwszy regulamin, znany jako okólnik Nr 19, obowiązujący do końca 1949 r., wykazywał duże braki, jak np. różnorodność systemu ocen i sprawozdawczości. Jednak mimo tych braków rozpowszechnił w wielkim stopniu ideę współzawodnictwa i, według danych z końca 1949 r., brało w nim udział 17.070 pracowników, tj. 19% ogółu zatrudnionych w zakładach leczniczych.

W oparciu o doświadczenie tego okresu opracowano nowy regulamin (okólnik Nr 54), który, chociaż nie bez usterek, posunął współzawodnictwo naprzód i zachęcił do bardziej intensywnej pracy, popularyzując je wśród szerokich mas. Stwierdza to fakt, że w końcu 1950 r. udział pracowników we współzawodnictwie wyraża się liczbą 54.367 osób, tj. 51%.

Na V Plenum Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia przeprowadzono analizę współzawodnictwa w służbie zdrowia i postanowiono zmienić ostatni regulamin, opierając współzawodnictwo na konkretnych zobowiązaniach indywidualnych i zespołowych. Od 1 stycznia rb. obowiązuje więc nowy regulamin, który ujęty w formę wytycznych, jasno stawia najważniejsze zagadnienia, jak: najlepsze wykorzystanie pracy personelu służby zdrowia, podnoszenie poziomu zawodowego wszystkich grup związkowych oraz podnoszenie poziomu ideologicznego i społecznego naszych pracowników, rozpowszechnianie akcji krwiodawstwa, podniesienie stanu sanitarnego kraju oraz uruchomienie izb porodowych w gminach wiejskich.

Następnie dr Fiderkiewicz przeszedł do omówienia akcji socjalnej, która nie jest należycie doceniana i zrozumiana, choć jest wielką zdobyczą klasy robotniczej. Trudność w zorganizowaniu akcji socjalnej w ramach Związku Pracowników Służby Zdrowia wynika również z dużej ilości drobnych zakładów pracy o nielicznym personelu, często odległych od siebie. Ponieważ jednak w zakładach służby zdrowia pracuje 60% kobiet, wiąże się to więc z koniecznością organizowania żłobków i przedszkoli.

Przechodząc do trzeciego zagadnienia, dr Fiderkiewicz omówił ważność jednolitej struktury organizacyjnej we wszystkich związkach. Dobra organizacja dopomoże do sprawnego przeprowadzenia wyborów, które stoją przed wszystkimi ogniwami Związku, ponieważ kadencja obecnego Zarządu kończy się w kwietniu rb.

Na zakończenie referatu przewodniczący podał przegląd sytuacji międzynarodowej, podkreślając dążenie Polski, Związku Radzieckiego i krajów Demokracji Ludowych do utrzymania pokoju. Wezwaniem wszystkich członków Służby Zdrowia do intensywnej pracy dla wykonania Planu 6-letniego na odcinku służby zdrowia, dr Fiderkiewicz zakończył swe przemówienie.

Po ożywionej dyskusji na temat zagadnień poruszonych w referacie, nastąpił uroczysty moment przekazania Szpitalowi w Bydgoszczy Przechodniego Sztandaru we współzawodnictwie międzyzakładowym przez Szpital w Białymstoku. Drugie miejsce zajął Miejski Szpital Zakaźny Nr 1 w Warszawie, trzecie zaś — Szpital w Białej Krakowskiej.

Na zakończenie dyskusji przemawiał wiceminister Zdrowia, **dr B. Kożusznik**, udzielając wyjaśnień w sprawie poruszonych zagadnień i podkreślając, że „głównym zadaniem Związku jest akcja uświadamiająca, agitacyjna, szkolenie ideowe i polityczne w celu przygotowania pełnowartościowych budowniczych socjalizmu i socjalistycznej ochrony zdrowia".

Podsumowania dyskusji dokonał **ob. A. Kowalski**, członek Prezydium Centralnej Rady Związków Zawodowych, zaznaczając, że „przemiany, jakie zachodzą w naszej rzeczywistości i wielkie osiągnięcia służby zdrowia nie znalazły w dyskusji należytego wyrazu. My, jako organizacja związkowa, wypełnimy swoje zadania, które Rząd i Partia na nas nakłada, pod warunkiem, że będziemy głęboko krytyczni i samokrytyczni".



Prezydium VI Plenum Zarządu Gł. Zw. Zaw. Prac. Sł. Zdrowia.

Następnie zebrani przyjęli jednomyślnie rezolucję polityczną, potępiającą okrucieństwa wojny w Korei:

„... Solidaryzując się przeto z wyzwoleńczą walką bohaterów koreańskich, w pełni wiary w zwycięstwo sprawy słusznej i sprawiedliwej — jeszcze mocniej zewrzemy nasze szeregi w walce o pokój, o internacjonalistyczne braterstwo ludów, o postęp, wolność i socjalizm."

Następnie powzięto dwie uchwały:

PIERWSZA UCHWAŁA dotyczyła współzawodnictwa pracy:

„VI Plenum ZZPSZ po wysłuchaniu referatu przewodniczącego Związku, stwierdza, że Partia i władza ludowa stawia przed 115-tysięczną rzeszą pracowników służby zdrowia nowe, poważne i doniosłe zadanie do spełnienia.

Jedyną drogą do pełnej realizacji tych zadań, jest roztoczenie i upowszechnienie współzawodnictwa pracy i oparcia go na nowych zasadach, lepszych niż dotychczasowe.

Jak wykazała praktyka, dotychczasowe współzawodnictwo oparte na sztywnych regulaminach, przy lepszej organizacji pracy nie pobudzało do wzmagania wysiłków, a nawet hamowało twórczą inicjatywę sze-

rokich rzesz członków naszego Związku. Dla wykonania nowych zadań, jakie stawia służbie zdrowia Plan 6-letni, dla pełnego wyzwolenia zasobów energii, pomysłowości i inicjatywy naszych członków okazało się konieczne wprowadzenie nowej formy współzawodnictwa opartego o konkretne zobowiązania zmierzające do stałego udoskonalania naszej pracy.



Wręczenie Sztandaru Przechodniego.

Plenum stwierdza, że wprowadzona z dniem 1 stycznia rb. nowa forma współzawodnictwa — współzawodnictwo zobowiązaniowe jest słuszna, celowa i stanie się potężnym czynnikiem poprawy i podniesienia poziomu działalności służby zdrowia. Tę formę współzawodnictwa należy upowszechnić i mobilizować rzeszę naszych członków do podejmowania konkretnych zobowiązań.

W związku z szeroką akcją szkolenia młodszych pielęgniarek zaleca się podejmowanie zobowiązań, dotyczących:

a) brania udziału w nauczaniu na kursach młodszych pielęgniarek, organizowanie baz szkoleniowych, internatów itd.;

b) werbowania na kursy szczególnie młodzieży robotniczej i córek chłopów średnio i małorolnych.

Plenum wskazuje na ogromne znaczenie narad wytwórczych jako zasadniczego elementu współzawodnictwa pracy.

Plenum wzywa szerokie rzesze członkowskie do usilnej, wytężonej pracy dla podniesienia ruchu współzawodnictwa, co przyśpieszy szybkie zorganizowanie socjalistycznej służby zdrowia w Polsce.

DRUGA UCHWAŁA dotyczyła akcji socjalnej:

VI Plenum Zarządu Głównego stwierdza, że należy otoczyć jeszcze większą, aniżeli dotąd, troską i opieką socjalną każdego członka Związku. Wpłynie to na wzrost wydajności jego pracy, na lepsze, bardziej sumienne wykonywanie codziennych obowiązków.

Plenum zobowiązuje wszystkie instancje związkowe do systematycznego omawiania zagadnień bytowo-socjalnych na ogólnych zebraniach wszystkich pracowników.

Odśpiewaniem „Międzynarodówki" zakończono obrady.

J. S.

KONFERENCJE w sprawie szkolenia Młodszych Pielęgniarek

W dniu 14 stycznia rb. odbyły się konferencje zwołane przez Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia we wszystkich miastach wojewódzkich (za wyjątkiem Poznania, Koszalina i Zielonej Góry). Konferencje miały na celu ustalenie współpracy między Polskim Czerwonym Krzyżem, prowadzącym szkolenie, a Związkiem, którego członkowie wykładają na kursach Młodszych Pielęgniarek oraz który bierze udział w akcji werbowania kandydatek na kursy.

W konferencjach wzięli udział przedstawiciele miejscowych władz, PZPR, Polskiego Czerwonego Krzyża, Zarządu Gł. Zw. Zaw. Pracowników Służby Zdrowia, organizacji społecznych oraz zakładów leczniczych w terenie w osobach pielęgniarek i młodszych pielęgniarek, lekarzy, położnych, dyrektorów i wicedyrektorów.

Referaty na zasadniczy temat — szkolenia młodszych pielęgniarek — wygłosiły Pielęgniarki Okręgowe PCK i Wojewódzkie Instruktorki

Żywo omawiano zagadnienia werbowania kandydatek ze wsi i środowisk robotniczych, dyskutując, czy należy namawiać na kurs robotnice pracujące w przemyśle.

Poruszono również kwestię należytego wyposażenia szpitala w sprzęt konieczny dla praktycznego szkolenia uczennic. Przy dobrej woli kierownictwa szpitala i z pomocą Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia będzie można uzupełnić braki w szpitalach, wytypowanych jako ośrodki szkoleniowe.

Dużą trudnością przy przeprowadzaniu szkolenia w szczególności na kursach opartych o bazę szpitala, jest brak instruktorek teoretycznych oraz praktycznych. Podkreślono konieczność otoczenia opieką przez doświadczone pielęgniarki zarówno uczennic w czasie trwania praktyki szpitalnej, jak też i w dalszej ich pracy zawodowej. Stałe doszkalanie młodszych pielęgniarek już w czasie ich pracy zawodowej powinno być prowadzone przede wszystkim przez starsze i doświadczone koleżanki.

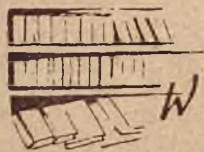
Dyskusja wykazała, że teren docenia konieczność i wagę szkolenia młodszych pielęgniarek, które uzupełnią kadry średniego personelu medycznego. Podkreślić również trzeba, że obecnie pielęgniarki dyplomowane odnoszą się dużo bardziej pozytywnie do szkolenia młodszych pielęgniarek i należy sądzić, że w praktyce życiowej stosunek między nimi ułoży się na właściwej, koleżeńskiej współpracy.

Z przemówień przedstawicieli Polskiego Czerwonego Krzyża i oświadczeń naczelników Wydziałów Zdrowia wynika, że we wszystkich województwach plan szkolenia młodszych pielęgniarek zostanie wypełniony, a w niektórych województwach jak np. w Olsztyńskim nawet przekroczony.

Na zakończenie konferencji uchwalono dwie rezolucje: pierwszą — potępiającą okrucieństwa wojny w Korei, żądającą zaprzestania tam działań wojennych i wycofania wojsk amerykańskich, oraz drugą — w sprawie czynnego udziału aktywu służby zdrowia w akcji szkolenia Młodszych Pielęgniarek.

Konferencje przyczyniły się bez wątpienia do zacieśnienia więzów współpracy między Polskim Czerwonym Krzyżem a Związkiem Zaw. Pracowników Służby Zdrowia w zakresie szkolenia kadr i realizacji pokrewnych zadań na odcinku Planu 6-letniego Służby Zdrowia.

J. S.



W księgarniach i kioskach



PATALOGIA — Prof Dr Wilhelm Czarnocki Wyd. PZWL.

„Patologia" prof. dra Wilhelma Czarnockiego ukazała się jako 8 tom Biblioteki Pielęgniarki i stanowi bardzo cenną jej pozycję. Ujmując w zwięzłym wykładzie całokształt zagadnień patologii ogólnej daje solidną podbudowę pod dalsze studia z zakresu patologii szczegółowej.

Autor specjalnie szeroko i dokładnie potraktował rozdział o zaburzeniach w krążeniu. W jasnym, niezmiernie prostym i przystępnym wykładzie autor daje wyjaśnienia zmian czynnościowych i morfologicznych zachodzących w układzie krążenia. Powiązanie tych zmian z objawami obserwowanymi w klinice przyczyni się do ich dokładniejszego zrozumienia i utrwalenia w pamięci.

Obszernie również jest potraktowany rozdział o zmianach wstecznych, zwłaszcza jeśli chodzi o zwyrodnienia i zaburzenia przemiany materii.

Ciekawie bardzo jest ujęty rozdział o zapaleniu. Podział zapaleń bardzo przejrzysty, zarówno z punktu widzenia przebiegu klinicznego jak i z punktu widzenia etiologii (zapalenia swoiste i zwykłe).

Książka niewątpliwie stanie się wierną towarzyszką każdej pielęgniarki, która znajdzie w niej nie tylko materiał do egzaminu, ale również szereg cennych wyjaśnień i wskazówek powiązanych z jej pracą codzienną.

Całość napisana piękną polszczyzną, stylem niezmiernie prostym, nie wpadającym równocześnie w ton nadmiernego popularyzowania. Tekst uzupełniają 4 wielobarwne tablice oraz bardzo dobrze wykonane rysunki.

Książka została wydana przez **Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.**

J. B.

„PEDIATRIA POLSKA" nr 10/1950.

Pielęgniarkom pracującym na oddziałach dziecięcych oraz w Poradniach B polecamy umieszczony w numerze październikowym ub. r. „Pediatria Polska" artykuł prof. Bogdanowicza „Wiek poniemowlęcy".

W artykule tym prof. Bogdanowicz zajmuje się okresem przejściowym od okresu niemowlęcego do okresu „małego dziecka", a więc dzieckiem w wieku od 1 — 3 lat.

Autor rozpatruje poszczególne cechy rozwoju dziecka, jak: przyrost wagi, wzrostu, rozwój serca, (które potraja swą wagę), płuc, układu trawiennego, kostnego, węzłów dokrewnych i układu nerwowego.

Ogólna charakterystyka i zestawienie faktów przedstawia się następująco:

Cechami dziecka wieku poniemowlęcego (1—3 lat) są:

1. osiągnięcie pionowej postawy i zdobycie dostępnych człowiekowi czynności ruchowych;
2. wyszczuplenie dziecka;
3. uzyskanie pełnego uzębienia;
4. opanowanie mowy;
5. opanowanie czynności zwieraczy.

Z podanych wyżej danych widać, że dziecko w tym wieku:

1. szybko wyrasta tracąc proporcjonalnie na wadze, zwraca uwagę ubytek tkanki tłuszczowej;
2. wzrost odbywa się głównie kosztem kończyn, przy czym rozrastają się ramiona i biodra, co wiąże się z narastającą pracą rąk i nóg, przewaga pracy nóg prowadzi do silniejszego rozwoju pierścienia miednicy, a w kośćcu do odwapnień i wad, zwłaszcza w kończynach dolnych;
3. zapotrzebowanie — szybko rosnącego i bardzo ruchliwego organizmu — na składniki mineralne, zwłaszcza na żelazo i wapń oraz witaminy niedostatecznie wyrównywane dietą, często błędną i deficytową okresu niemowlęcego, prowadzi do częstych stanów niedokrwistości i hipowitaminoz;
4. zmiana postawy i wzrost ruchliwości dziecka oraz jego pracy fizycznej wiąże się z narastającą sprawnością serca i płuc, przy czym nadal utrzymuje się wrażliwość tkanki płucnej;
5. wzrost układu limfatycznego wiąże się z okresem narastających kontaktów zakaźnych;
6. zmiana pozycji, opanowanie czynności ruchowych; pojawia się dojrzałość czynnościowa zwieraczy i chwiejna równowaga układu nerwowego; podobny stan spotykamy w pracy mięśni dziecka; mięśnie te bardziej uwodniane, szybciej i bardziej się kurczą i więcej wydłużają niż później u starszego dziecka, to też męczy się ono szybciej.

Na podstawie powyższych danych należy stwierdzić, że okres 1—3 roku życia jest rzeczywiście przełomowy w rozwoju dziecka. Po jego przejściu dziecko wkracza w okres już normalnego dziecięctwa, staje się pełnoprawnym członkiem społeczeństwa dziecięcego.

W tym okresie maleje zapadalność na choroby przewodu pokarmowego i dróg oddechowych, narasta zaś wrażliwość na gruźlicę i choroby zakaźne. Dzieci w tym okresie chudną i przejawiają brak łaknienia (w 70%), a niektórych rozwija się niedokrwistość (50%), stają się pobudliwe, rozdrażnione, jednocześnie mogą występować zmiany krzywicze, wady postawy i płaskostopie.

W tym okresie ważne jest odżywianie dziecka. Pokarmy powinny zawierać więcej białka, soli mineralnych i witamin. Normy dla dzieci 1—3-letnich:

Kalorii 1200
Białka — 40 g
Wapnia — 1 g
Żelaza — 6 mg
Witaminy A — 2000 jedn. międzynar.
Witaminy B_1 — 0,6 mg
Witaminy B_2 — 0,9 mg
Witaminy D — 800—1000 jedn. międzynar.

Można też obliczać ilość białka 2—3 g na 1 kg wagi dziecka, a tłuszczu 2 g na 1 kg.

Na zakończenie prof. Bogdanowicz zwraca uwagę na ważne zagadnienie konieczności ruchu dla dzieci w wieku 1—3 lat, przez dostarczanie im możności zabaw na świeżym powietrzu, a nie tylko „prowadzenia na spacer", które nuży swą monotonią. Szybki rozwój mózgu i brak dostatecznych mechanizmów hamujących wpływa na specjalną postawę psychiczną dziecka, cechującą się zmiennością pragnień, szybkim męczeniem się, ruchliwością przestrzenną i chwytliwością rąk, a pod koniec 3-go roku gadulstwem i ciekawością. Szybkie wyczerpywanie się układu nerwowego wymaga odpowiedniej ilości snu i wypoczynku, na co powinno się zwracać specjalną uwagę.

T. L.

СОДЕРЖАНИЕ

SOMMAIRE

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch''. KONTO PKO: Nr I-15978 — „Pielęgniarka Polska''. Prenumerata miesięczna: zł 1.50, kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zł 18.00, CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, ¼ str 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Drukarnia Wydawnictwa MON w Łodzi. 5.000. Nr 349. IV.51 D-2-18959